

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1924-1925

N° 27

TUBERCULOSES OUVERTES ET TUBERCULOSES FERMÉES

(ÉTUDE STATISTIQUE ET DIAGNOSTIQUE)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 17 Décembre 1924

PAR

Robert-Félix-Antoine SIMON

Elève du Service de Santé de la Marine
Né à Beauvais (Oise), le 18 Novembre 1901

Examineurs de la Thèse	{	MM. CRUCHET, Professeur.....	{	Président
		MOUSSOUS, Professeur.....		Juges.
		LEURET, Agrégé.....		
		CREYX, Agrégé.....		

BORDEAUX
Imprimerie J. BIÈRE
18-20-22, rue du Peugue, 18-20-22

1924

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1924-1925

N° 27

TUBERCULOSES OUVERTES ET TUBERCULOSES FERMÉES

(ÉTUDE STATISTIQUE ET DIAGNOSTIQUE)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 17 Décembre 1924

PAR

Robert-Félix-Antoine SIMON

Élève du Service de Santé de la Marine
Né à Beauvais (Oise), le 18 Novembre 1901

Examineurs de la Thèse	{	MM. CRUCHET, Professeur.....	{	Président
		MOUSSOUS, Professeur.....		Juges.
		LEURET, Agrégé.....		
		CREYX, Agrégé		

BORDEAUX
Imprimerie J. BIÈRE
18-20-22, rue du Peugue, 18-20-22

1924

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON, VILLAR

PROFESSEURS

MM.		MM.
Clinique médicale	VERGER.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie N.
Clinique chirurgicale.....	CASSAET.	Clinique gynécologique... GUYOT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CHAVANNAZ.	Clinique médicale des maladies des enfants..... MOUSSOUS
Clinique d'accouchements.....	BEGOUIN.	Chimie biologique et médicale..... DENIGES.
Anatomie pathologique et microscopie clinique....	CRUCHET.	Physique pharmaceutique. SIGALAS.
Anatomie	RIVIERE.	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques..... LE DANTEC
Anatomie générale et histologie	SABRAZES.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques... W. DUBREUILH
Physiologie	PICQUE.	Pathologie externe et chirurgie opératoire et expérimentale N.
Hygiène.....	G. DUBREUIL.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.... ABADIE.
Médecine légale et déontologie.....	PACHON.	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie... MOURE
Physique biologique et clinique d'électricité médicale	AUCHE.	Toxicologie et hygiène appliquée..... BARTHE.
Chimie	LANDE	Hydrologie thérapeutique et climatologie..... SELIER.
Botanique et matière médicale	BERGONIE.	
Pharmacie	CHELLE.	
Zoologie et parasitologie..	BEILLE.	
Médecine expérimentale..	DUPOUY.	
Clinique ophtalmologique.	MANDOUL.	
	FERRE.	
	LAGRANGE.	

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie).

CARLES (Thérapeutique et pharmacologie). — PETGES (Vénérologie)

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.	VILLEMIN.	Médecine générale.....	DUPERIE.
Histologie.....	LACOSTE.		CREYX.
Physiologie.....	DELAUNAY.		MICHELEAU
Anatomie pathologique....	MURATET.	Maladies mentales.....	BONNIN.
Parasitologie et Sciences naturelles.....	R. SIGALAS.		PERRENS.
Physique biologique et médicale.....	N.....	Chirurgie générale.....	ROCHER.
	RECHOU.		DUVERGER
Chimie biologique et médi- cale.....	N.....	Obstétrique.....	PAPIN.
	N.....		PERY.
Médecine générale.....	MAURIAC. LEURET.	Ophtalmologie.....	FAUGERE.
		Oto-rhino-laryngologie..	TEULIERES
		Pharmacie.....	PORTMANN.
			GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES:

MM.		MM.	
Clinique dentaire	CAVALIÉ	Puériculture	ANDÉRODIAS
Médecine opératoire	PAPIN	Démonstrations et préparat. pharmac.	LABAT
Accouchements	FAUGÈRE	Chimie pharmaceutique	GOLSE
Clin. des mal. des voies urinaires . .	DUVERGEY	Chimie minérale	N.
Ophtalmologie	CABANNES	Hygiène appliquée	N.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes . MM. ROCHER

Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*Faible témoignage d'infinie
reconnaissance.*

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BARTHELEMY

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES COLONIES
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MES MAÎTRES ET A MES CAMARADES
DU CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DES COLONIES

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEURET

MÉDECIN DES HÔPITAUX
MÉDECIN-CHEF DU SANATORIUM DE FEUILLAS
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. CRUCHET

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE
ET DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES
MÉDECIN DES HÔPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

INTRODUCTION

Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire, voilà une question qui a soulevé bien des débats, et qui a été étudiée depuis que l'on a commencé à se faire une opinion sur le processus d'évolution tuberculeux.

Laënnec et ses successeurs, Hérard et Cornil, décrivirent comme phase de début de la phtisie, la phase d'infiltration tuberculeuse confirmée des phtisiologues modernes, et lui assignèrent comme symptômes fonctionnels : une toux sèche, de la perte des forces, les doigts hippocratiques, la fièvre arrivant jusqu'à 38° ou 35°5, l'hémoptysie; et comme symptômes physiques : l'amaigrissement, l'augmentation des vibrations thoraciques, la submatité, la rudesse et l'obscurité de l'inspiration au sommet.

Conformément à ces idées, Louis, Barth et Roger, Potain, Dieulafoy enseignèrent que, pour reconnaître une phtisie du premier degré, il fallait quatre ou cinq signes physiques accumulés sur le même point du poumon : inspiration faible, rude ou saccadée, bronchophonie, submatité, expiration prolongée, quelques craquements secs.

Grancher s'éleva contre ces idées, qui portent le diagnostic de tuberculose à une époque avancée de la maladie, et, après avoir revisé les notions classiques sur les périodes de l'évolution, conclut qu'à la première période, dite de conglomération des tubercules, ce diagnostic précoce doit résulter de l'auscultation attentive des sommets pulmonaires.

« Le diagnostic doit être fait dès qu'une inspiration anormale permanente et localisée s'entend à l'un des sommets du pou-

mon. J'affirme que ce signe suffit à lui seul pour reconnaître la tuberculose, surtout quand il s'accompagne, ce qui est le cas ordinaire, d'un léger fléchissement de la santé et d'un peu de fièvre vespérale. » Cette inspiration anormale doit être, ou rude, ou faible, ou, en même temps, rude, faible et saccadée, si on la compare à l'inspiration du poumon opposé, dans le point symétrique.

C'était aller un peu loin, que de vouloir considérer comme tuberculeux tous les sujets présentant une différence respiratoire entre les deux sommets. De nombreux travaux ont prouvé par la suite que bien des causes pouvaient créer un tel tableau, et qu'il n'était pas besoin d'être bacillaire pour ne pas respirer avec autant d'intensité d'un côté et de l'autre.

Et, comme le dit M. Burnand : « La cause doit en être recherchée, s'il ne s'agit pas d'une simple particularité physiologique, soit dans les nombreux incidents pathologiques qui altèrent l'intégrité de l'appareil respiratoire au cours de la vie de tous les hommes : bronchites, pneumonies, poussées pleurétiques ignorées, adénites médiastinales de l'enfance; soit dans certaines particularités anatomiques ou fonctionnelles étrangères au poumon lui-même, et qu'il ne sera pas toujours facile de préciser : développement inégal des muscles scapulaires, anomalies ou différences individuelles de la respiration nasale, végétations du pharynx, altérations laryngées, hypertrophies thyroïdiennes ou bien d'autres causes encore qui chez tout individu altèrent à peu près fatalement, passé un certain âge, le jeu libre et normal de la cage thoracique et des poumons qu'elle renferme. »

De plus à côté des lésions en évolution, il faut placer les lésions tuberculeuses guéries, et c'est le mérite de M. Bard d'avoir attiré l'attention des cliniciens sur ce point, en faisant intervenir dans la classification des différentes formes de la tuberculose, la tuberculose à forme abortive. « Cette forme, dit M. Bard, est caractérisée par ce fait que la lésion, ordinairement très limitée, peu bruyante, et très souvent latente, se cicatrise franchement et ne se révélera plus aux autopsies

que sous la forme de cicatrices plus ou moins étendues, situées à l'extrême sommet; cicatrices dans lesquelles la lésion est d'ailleurs parfaitement éteinte et dont l'extension, la progression, ne sont plus à redouter. » Et il ajoute: « La plupart des signes que Grancher donne comme appartenant aux lésions de début, en vue d'un diagnostic précoce, s'appliquent beaucoup plus exactement aux lésions abortives. »

La discussion prenait alors une autre direction : puisque, cliniquement, il était difficile, pour les formes de début, de faire un diagnostic certain de tuberculose, il fallait se retourner vers d'autres moyens; c'est alors que, petit à petit, depuis le début de ce siècle, les examens bactériologiques et radiologiques ont pris une grande place dans cette recherche du diagnostic précoce.

Mais une autre question se posait : Est-ce que les phénomènes de début de la tuberculose pulmonaire peuvent être rendus certains par les examens de laboratoire et de radiologie? Autrement dit, le tuberculeux débutant présente-t-il des lésions, occasionnant obligatoirement soit une expectoration bacillifère, soit un trouble décelable à l'écran? Les cliniciens pensèrent que cela ne pouvait être. Ils continuèrent à donner une plus grande importance à l'examen clinique. Evidemment, ils demandèrent pour le diagnostic un peu plus que la respiration anormale de Grancher, permanente et localisée. Ils demandèrent à l'auscultation, pour pouvoir affirmer une lésion, de mettre en évidence, soit une respiration faible, soit une respiration rude, mais plutôt une respiration saccadée, et des râles sous-crépitaux fins, passagers et mobiles.

E. Sergent, Bezançon, L. Bernard enseignèrent dans ce sens. Et Stephen Chauvet décrivit une zone d'alarme, siégeant à la partie interne de la fosse sus-épineuse, au milieu d'une ligne droite réunissant le milieu de l'espace intermédiaire à l'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale et à celle de la première vertèbre dorsale, au tubercule de l'épine de l'omoplate, tubercule du trapèze de Poirier.

Mais, en 1916, M. Rist, dans un article de la *Presse médicale*,

rompit franchement avec les données considérées comme classiques. Niant la phase de germination de Grancher, il déclara que l'on ne pouvait s'appuyer sur la percussion et l'auscultation, qui révèlent seulement des condensations localisées du parenchyme pulmonaire, sur la radiologie non plus, et que seule la bactérioscopie était capable de nous renseigner certainement. Il conclut en disant qu'une tuberculose fermée était obligatoirement une tuberculose guérie. C'est la constatation des bacilles qui, seule, permet d'affirmer la nature tuberculeuse d'une affection pulmonaire. Ainsi M. Rist niait la possibilité d'une tuberculose fermée, stade de début de la tuberculose pulmonaire. Il n'admettait comme tuberculeux que les malades présentant des bacilles de Koch dans l'expectoration.

Après lui, M. Ch. Richet fils affirme que presque toujours, pour ne pas dire toujours, dans la tuberculose en activité, quelque précoce que soit l'examen, on rencontre des bacilles. Parfois même l'apparition de bacilles de Koch est le premier signe physique d'une tuberculose pulmonaire. Et ses conclusions : « La tuberculose pulmonaire en activité est ouverte dès le début. L'expectoration des tuberculeux au début est toujours bacillifère. Les tuberculeux sont contagieux dès le début de leur infection », sont acceptées par d'autres phthisiologues contemporains, parmi lesquels on peut citer MM. Ameuille, Delherm et Léon Kindberg.

Evidemment ce n'était qu'une réaction contre des idées anciennes, qui avaient fait classer comme tuberculeux, surtout pendant la guerre, des sujets qui ne présentaient rien, sinon une légère anomalie respiratoire. De toute évidence, la constatation de bacilles de Koch dans l'expectoration est la chose la plus importante du diagnostic, mais on ne peut tout de même nier la grande valeur des signes cliniques et radiologiques, qui, même en l'absence d'examen des crachats, permettent d'affirmer une tuberculose. Il se trouve des cas où, cliniquement, l'on conclut à la tuberculose, mais où l'on est étonné de s'apercevoir qu'il n'y a pas de bacilles de Koch

dans l'expectoration. Un, deux, trois examens successifs donnent le même résultat négatif. Doit-on abandonner l'hypothèse de tuberculose et rejeter ces cas dans les erreurs de diagnostic ?

Il ne semble pas que l'on doive le faire, et, suivant l'opinion d'un grand nombre de phthisiologues, qui se sont élevés contre les tendances de M. Rist, on peut distinguer certaines formes de la tuberculose à expectoration négative.

M. Mantoux distingue parmi les tuberculeux, les tuberculeux ouverts, avec bacilles de Koch dans les crachats, les tuberculeux refermés et les tuberculeux fermés. Dans cette catégorie, il retient comme devant être certainement atteints d'une affection pulmonaire bacillaire, les malades qui ont présenté une hémoptysie vraie, et ceux que l'on a déjà soignés pour une tuberculose extrapulmonaire.

Peu après, M. Dumarest, dans la *Presse médicale* du 6 juin 1918 conclut que « en réalité les grands signes de l'invasion bacillaire sont encore les signes généraux : amaigrissement, perte des forces, sueurs, fièvre et toux sèche, qui précèdent de longtemps les signes stéthoscopiques, ces derniers correspondant déjà en effet à des lésions importantes. »

MM. Burnand et Bezançon admettent la possibilité de tuberculoses latentes, pouvant évoluer sans expectoration bacillifère. MM. Dumarest et Marotte classent parmi les bronchites tuberculeuses des bronchites chroniques avec expectoration sans bacilles, etc...

La question en était restée là, lorsque MM. Rist et Ameuille, à l'avant-dernier *Congrès français de la tuberculose*, ayant été chargés du rapport sur la question des tuberculoses ouvertes et tuberculoses fermées, présentèrent des statistiques, sur lesquelles ils s'appuyèrent pour nier à nouveau la possibilité de la tuberculose fermée.

Cette affirmation fut la source d'une discussion, et les conclusions de MM. Rist et Ameuille furent fortement battues en brèche. MM. Kuss, Léon Bernard, Bezançon, Sergent, Bard intervinrent pour montrer qu'il pouvait exister des for-

mes de tuberculose sans bacilles dans l'expectoration. M. Leuret constata qu'une affirmation de principe était à la base de la thèse soutenue par les rapporteurs; pour eux la tuberculose pulmonaire de l'adulte, se traduisant par des lésions pneumoniques ou broncho-pneumoniques, et non par des granulations interstitielles, ne saurait *a priori* être une tuberculose fermée. Et, après avoir passé en revue les possibilités de la tuberculose fermée, M. Leuret ajoute que « en fait, malgré une bacilloscopie négative, il paraît dangereux d'éliminer systématiquement du cadre de la tuberculose des formes qui, cliniquement, se révèlent, telles : toux, aménorrhée, troubles de l'état général, amaigrissement, fébricules menstruelles ou de fatigue, hémotysies, congestion des sommets, poussées de pleurite ou de pleurésie, etc.. »

Déclarer que le diagnostic de la tuberculose doit se faire désormais avec l'examen des crachats appuyé d'un examen radioscopique, c'est une tendance nouvelle et dangereuse; certes, ces moyens d'investigation sont précieux; demander qu'ils se généralisent, c'est parfait; mais ils n'ont de valeur pratique qu'étayés sur une solide observation du malade et un examen clinique complet qui, seuls, en permettront une saine interprétation et permettront d'établir la signification d'une bacilloscopie négative ou positive ou d'un aspect radiologique. »

Nous avons voulu, pour notre part, dans la mesure de nos moyens, sur les conseils de M. le professeur Leuret, nous rendre compte si les conclusions que nous pourrions tirer d'une statistique de la consultation de phthisiologie, qu'il dirige à l'hôpital St-André, concorderaient avec celles présentées au Congrès. Et nous nous sommes appliqués à dresser une statistique exacte des malades s'étant présentés à nous, durant la période qui s'étend du mois de novembre 1923 au mois de novembre 1924.

CHAPITRE I

STATISTIQUE DE LA CONSULTATION DE PHTISIOLOGIE

de M. le professeur agrégé Leuret

(Novembre 1923-Novembre 1924)

776 consultants

I. — Les Tuberculeux

426, soit 54.9%

Pulmonaires : 378 cas, soit 48,7 %.

Cracheurs de bacilles	295
Diagnostiqués tuberculeux, non bacillifères, devenus ultérieurement cracheurs de bacilles	16
Guéris (malades ayant eu des B. K. dans les crachats, et n'en présentant plus)	17
Signes physiques et généraux évidents ou l'ex. des crachats n'a pas été pratiqué	37
Diagnostic en suspens	13

Non pulmonaires : 48 cas, soit 6,2 %.

Osseux	2
Ganglionnaires	3
Adénopathie trachéobronchique	5
Tuberculose pleurale ou pleuro-corticale.....	29
Laryngites	5
Divers (cutané, etc...)	4

II. — Les non Tuberculeux

350, soit 45,1 %

Malades ne présentant rien de pathologique à noter	114
Malades en mauvais état : convalescents, fatigués, anémiés	36

Appareil respiratoire :

Imperméabilités nasales et rhino-pharyngites	20
Affection aiguë de l'arbre respiratoire	33
Emphysème, asthme et bronchite chronique	57
Divers (syphilis, etc...)	7

Appareil circulatoire :

Rétrécissement mitral	3
Autres lésions orificielles	6
Mal de Bright	3

Appareil digestif :

Entérocôlites et constipation habituelle	24
Dyspeptiques, cirrhotiques, etc...	9

Divers :

Affections utéro-annexielles	2
Scoliotiques	3
Basedowisme frusté	3
Insuffisances glandulaires	7
Nervosisme	6
Leucémie	1
Douteux	16

CHAPITRE II

Une première séparation à faire parmi les sujets venant se faire examiner à notre consultation est de distinguer ceux qui sont vraiment malades de ceux, qui ne présentent absolument rien de pathologique.

En effet, il est très fréquent de voir figurer dans nos consultations des sujets qui s'y rendent, soit parce qu'ils ont éprouvé un léger malaise, soit parce qu'ils ont toussé quelque peu, soit parce qu'ils ont ressenti une vague douleur dans quelque point du corps, et qui, phobiques de la tuberculose, se précipitent, se figurant que le mal si redouté commence à prendre possession de leur personne. Ces gens, qui ont toujours devant les yeux cette hantise, reviennent, toutes les fois qu'ils ressentent en eux quelque chose qu'ils ne pensent pas normal, et forment une clientèle spéciale de la consultation de phthisiologie, comme d'autres d'ailleurs forment d'autres clientèles de même espèce aux diverses consultations, soit de maladies générales, soit de spécialités.

A côté de cette catégorie de phobiques de la tuberculose, doivent prendre place les gens, qui, ayant ou ayant eu dans leur famille ou dans leur voisinage, quelqu'un de touché par la maladie, viennent se soumettre à l'examen médical, pour savoir s'ils ont été contagionnés. En cela, d'ailleurs, ils ont raison; car, si tout le monde agissait de même, la lutte contre la tuberculose serait plus facile; la prophylaxie serait établie avec plus de rapidité et d'efficacité, le dépistage serait plus

précoce, partant plus actif. A ce point de vue, une observation de plusieurs mois nous a permis de nous rendre compte que beaucoup plus les femmes que les hommes viennent se présenter à nous dans ces conditions, beaucoup plus les femmes que les hommes ont peur de se trouver atteintes par la tuberculose. Si, pour certaines, c'est une hantise, basée sur un état nerveux plus ou moins anxieux, pour d'autres au contraire, et c'est le cas le plus fréquent, c'est un souci de la contagion pour les enfants et le reste de la famille, qui les amène à la consultation.

D'ailleurs, et ceci est une marque des bienfaits, que peuvent rendre ces consultations de phthisiologie, des familles entières ont le soin de venir se soumettre à notre examen médical à intervalles réguliers, lorsqu'un de leurs membres a été atteint de tuberculose à une date plus ou moins éloignée.

Cette catégorie de consultants entre dans notre statistique pour une proportion de 14 %. Et ceci n'est qu'un nombre minimum, car nous nous sommes appliqués à trouver pour chacun des sujets qui se représentaient à nous, toutes les fois qu'il était possible, une raison, un motif à leur consultation. Et ce n'était que lorsque toutes nos recherches n'aboutissaient à rien, que nous le rangions dans cette catégorie de : « Consultants ne présentant absolument rien de pathologique à noter. »

CHAPITRE III

LES TUBERCULEUX

Paragraphe I.

A notre consultation, se sont présentés, durant la période de douze mois qui nous intéresse, 332 malades atteints de lésions pulmonaires évidentes. Chez ces malades, lorsque cela était possible, ou que l'on n'avait pas besoin de les hospitaliser d'urgence, nous faisons pratiquer un examen de l'expectoration, qui nous donnait des résultats positifs.

Cette forte proportion de tuberculeux ouverts, qui pourrait étonner au premier abord, est due à ce que la consultation de phthisiologie de l'hôpital Saint-André est une consultation de triage au second degré: les malades sont, pour la plupart, déjà examinés dans les sept dispensaires, qui fonctionnent à Bordeaux, et nous sont envoyés, pour prendre une décision thérapeutique, tous les positifs, et ceux présentant des lésions, pour lesquelles un diagnostic certain n'a pas été fait.

Lorsqu'on arrive à une période un peu avancée de la maladie, où les signes de lésions, soit congestives, soit destructives, sont suffisamment nets, l'on peut affirmer le diagnostic cliniquement, sans avoir besoin des recherches bactériologiques ou radiologiques.

Les malades, qui se présentent ainsi à notre consultation sont proportionnellement fort nombreux et c'est un véritable sujet d'étonnement que de s'apercevoir qu'ils sont arrivés

à ce stade, sans qu'ils aient seulement pensé à se faire examiner.

« Evidemment, disent-ils, nous avons éprouvé quelques maux, nous avons maigri, nous avons perdu l'appétit, nous toussons, nous crachons, mais nous pouvons continuer à travailler. » Et ce n'est que sur les instances d'un parent ou d'un voisin, inquiet à juste titre, qu'ils se sont décidés à se soumettre à l'examen médical.

Et ainsi, nous nous renseignons sur tous les modes de début possibles de la tuberculose chronique commune, soit légers signes fonctionnels coïncidant avec des signes indubitables d'infiltration bacillaire, soit séquelle faisant suite à une atteinte pulmonaire d'apparence banale (congestion simple de la base, congestion pulmonaire type Woillez, pleuropneumonie de Potain, spléno-pneumonie, formes pneumoniques vraies de Sabourin et Bezançon, etc...), soit accident aigu caractéristique (pleurésie séro-fibrineuse, hémoptysie), soit, enfin, le plus souvent, signes généraux et fonctionnels moins caractérisés, évoluant insidieusement.

A côté de ces formes de tuberculose chronique commune ou tuberculose fibro-caséeuse extensive, nous observons des tuberculoses fibreuses diffuses, avec bronchite, emphysème et asthme, et des tuberculoses à forme bronchique. Nous entrons alors dans la catégorie des vieillards, touseurs et cracheurs depuis fort longtemps, qui, à l'auscultation, nous montrent, soit des lésions bacillaires sclérosées, soit des signes diffus d'emphysème et de bronchite généralisées, voilant des signes de lésions parenchymateuses. L'expectoration est positive. Combien de personnes de leur famille ont-ils contaminées ? Hélas, beaucoup certainement. Et ils sont en vérité les agents les plus dangereux de la contagion. Car on ne les soupçonne guère.

A côté de ces lésions pulmonaires, facilement décelables cliniquement, il est des atteintes moins nettes : catarrheux, emphysémateux, bronchitiques, sans lésions parenchymateuses appréciables, qui cependant présentent une expectoration bacillifère.

Aussi est-il de règle, dans notre consultation, de faire, dans ces cas-là, plusieurs examens de crachats après homogénéisation, pour pouvoir conclure qu'ils ne sont en rien dangereux, Loin de nous d'ailleurs la pensée de vouloir considérer tous les vieux catarrheux — et ils sont légion — comme des tuberculeux. Bien au contraire et heureusement pour nous, les plus nombreux parmi eux ne présentent rien de suspect, et ne sont atteints que d'un catarrhe bronchique chronique, avec bronchectasies, et rebelle à tout traitement.

Paragraphe II.

Maintenant nous allons considérer les différents cas que nous avons observés, où, à l'examen bactériologique, l'expectoration était négative, et où cependant nous avons porté le diagnostic de tuberculose pulmonaire.

Nous avons donc à présenter :

1° Des cas de malades guéris, présentant à l'heure actuelle une expectoration non bacillifère, alors qu'ils avaient eu des bacilles de Koch dans les crachats quelque temps auparavant ;

2° Des cas où, malgré une bactérioscopie négative, nous avons conclu à une tuberculose, diagnostic qui a été confirmé plus tard par l'évolution de l'affection et l'apparition de bacilles de Koch dans l'expectoration ;

3° Des cas, que plusieurs examens négatifs nous ont fait éliminer du sanatorium, et qui, dans la suite, sont revenus atteints de tuberculose ouverte ;

4° Des cas de tuberculose pleurale ou cortico-pleurale ;

5° Des cas d'adénopathie trachéo-bronchique.

I

De nombreux cas observés nous ont permis de penser que les bacilles de Koch pouvaient disparaître de l'expectoration, après y avoir été signalés. Et cette éventualité ne se produit que chez des sujets, dont les symptômes généraux et cliniques ont été améliorés nettement par le traitement institué, soit

la cure sanatoriale, soit le pneumothorax artificiel. Les signes d'activité de la lésion, aussi bien les signes stéthoscopiques que les signes radioscopiques, disparaissent petit à petit. Et l'on est en présence d'une lésion tuberculeuse fixe, non en évolution, qui d'ailleurs peut se réveiller à certains moments, sous l'influence d'une infection ou d'un mauvais état général passager : les bacilles de Koch reparaissent alors dans l'expectoration. De nombreux malades traités au sanatorium de Feuillas ont présenté ainsi des intermittences dans l'élimination des bacilles.

Voici l'observation d'une malade, pour laquelle nous avons pensé que ses lésions s'étaient refermées.

Observation I

Y... M..., 19 ans, modiste.

Antécédents héréditaires : Père décédé à 45 ans d'une rupture d'anévrysme, mais après avoir souffert pendant une vingtaine d'années d'entérite bacillaire. Mère vivante, en bonne santé. 3 frères, dont l'un a été immobilisé dans un plâtre de 3 à 6 ans pour une coxalgie fistulisée. 2 sœurs, en bonne santé.

Antécédents personnels : Maladies de l'enfance : rougeole, varicelle à 7 ans. Oreillons à 13 ans.

Réglée à 14 ans, irrégulièrement au début, puis régulièrement par la suite. Règles peu abondantes, assez douloureuses. Pertes blanches.

Histoire de la maladie : Toujours sujette aux rhumes pendant l'hiver.

Au début de l'année 1922, elle se trouve très faible et très fatiguée; de plus, elle tousse et crache, mais ne présente pas de fièvre. Elle ne s'alite pas et continue à vaquer à ses occupations. Mais l'état général décline de plus en plus. La toux et l'expectoration augmentent. De la fièvre et des sueurs nocturnes font leur apparition.

Elle entre au sanatorium le 7 juillet 1922.

Examen de l'appareil pulmonaire.

A la percussion, on note de la submatité, au sommet droit; les vibrations vocales y sont augmentées.

A l'auscultation, on entend un foyer de petits râles fins, surtout après la toux, dans la zone d'alarme droite.

Le diagnostic est porté de cortico-pleurite du sommet droit.

L'examen des crachats, pratiqué le 31 août 1922, est positif.

Durant son séjour au sanatorium, la malade s'améliore nettement. Elle reprend le poids qu'elle avait perdu depuis le début de l'année. En même temps que son état général s'améliore, ses signes d'auscultation diminuent.

Examen radioscopique : « Zone apicale droite voilée. Les deux images hilaires en ailes d'ange un peu fortes. Zone apicale gauche un peu grise : sommet s'éclairant médiocrement à la toux. Diaphragme bon ».

Un nouvel examen des crachats, 7 décembre 1922 : négatif; 16 décembre 1922 : négatif, après homogénéisation; 15 janvier 1923 : négatif, après homogénéisation.

Elle quitte le sanatorium et part à Lège le 15 février, en bon état. A ce moment : signes d'auscultation très discrets. Courbes de température et de poids bonnes.

Elle reste à Lège du 15 février au 15 août 1923. En juillet, elle fait une pleurésie droite, qui dure un mois. Ponction : 700 grammes de liquide. Le 15 août, elle part à la campagne. Mais elle revient au sanatorium le 12 octobre, pour fatigue générale et amaigrissement marqué (6 kilos en un mois). Elle reste au sanatorium jusqu'au 30 janvier 1924; elle reprend du poids. Son état général redevient bon; elle tousse peu, et crache encore moins. A l'auscultation, séquelles de pleurésie, pas de signes parenchymateux. De même, à l'examen radioscopique.

L'examen des crachats est encore négatif après homogénéisation (15 janvier 1924).

Suivie encore pendant toute l'année, elle n'a cessé de se porter à peu près bien. Et l'examen des crachats a toujours été négatif.

II

Nous considérons maintenant de bien plus près des sujets, dont les divers examens cliniques et radiologiques nous faisaient soupçonner une tuberculose en évolution, mais vis-à-vis desquels un doute subsistait dans notre esprit : malgré plusieurs examens de crachats, après homogénéisation, on n'avait pu décélérer de bâcilles de Koch.

Et ce n'est que plus tard, alors que les signes fonctionnels généraux et stéthoscopiques subissaient une évolution notable, que brusquement les bacilles de Koch apparaissaient dans l'expectoration. Et s'il faut trois, quatre examens de crachats, chez ces malades, présentant, cliniquement et radiologiquement, des lésions appréciables, pour arriver à un résultat positif pourquoi alors ne pas admettre que, dans le temps qui s'est écoulé entre le premier et le dernier examen, temps qui, matériellement, est assez long, le malade est passé d'une forme de tuberculose fermée à une forme de tuberculose ouverte. Et, si l'on a attendu ce résultat positif, pour essayer de lui instituer un traitement, on a certainement perdu pas mal de temps.

A ce propos, nous citerons plusieurs observations fort intéressantes :

Observation II

M... D..., 28 ans, journalière.

Antécédents : Maladies de l'enfance : rougeole, grippe. Réglée à 14 ans; règles régulières et abondantes. Leucorrhée. Mariée à 16 ans, mari bien portant, disparu à la guerre. Une fausse couche de 3 mois il y a 2 ans.

La malade habitait à la campagne avec son mari. En 1914, elle dut venir se placer à Bordeaux comme servante. Elle a commencé à tousser en 1918, a toujours toussé depuis, surtout l'hiver, et particulièrement depuis deux ans.

En décembre 1921, elle se trouve atteinte d'une pleurésie droite, pour laquelle elle entre à l'hôpital St-André. Une ponction est faite; on retire 600 grammes de liquide.

Elle se remet péniblement de cette maladie, et, devant son mauvais état général, la fièvre persistante, la toux sèche, entraînant souvent le rejet des aliments, elle est envoyée au sanatorium de Feuillas.

Elle présente alors peu de signes d'auscultation; grosse obscurité de la base droite, avec quelques frottements et râles de bronchite au sommet gauche. L'examen radioscopique montre : « Du haut en bas du champ pulmonaire droit, grisaille homogène. Mais cette grisaille ne prend d'importance qu'à la partie inférieure, où elle se densifie suffisamment pour ne pas permettre de voir le diaphragme. A gauche, peu de chose à noter, cependant le jeu diaphragmatique est limité et les sinus obscurs ».

L'examen des crachats, 13 février : négatif; 24 février : négatif, après homogénéisation.

D'où, le diagnostic est fait de séquelle de pleurésie droite, avec peu de signes fonctionnels, ni généraux.

Suivie de près, la malade montre, en juin, au sommet gauche, une respiration soufflante avec des frottements pleuraux. En août, on note, à ce même sommet, quelques râles.

Pendant ce temps, l'état général de la malade va en périliclitant; de la fièvre a apparu, en même temps que des sueurs nocturnes, et une perte d'appétit à peu près complète.

Les mêmes signes sont notés jusqu'à la fin de l'année. Et, le 30 novembre, l'examen des crachats est encore négatif. L'examen radioscopique montre alors : « Sommet gauche, dans la zone apicale, beaucoup plus gris que le droit. Manque d'homogénéité dans les deux tiers supérieurs du poumon gauche ».

La température oscille toujours entre 37° et 38°. La malade est très affaiblie; elle a plusieurs hémoptysies. L'auscultation révèle un foyer de petits râles fins, en avant, près de la poignée du sternum.

Examen des crachats : 10 février : négatif; 22 mars : négatif, après homogénéisation.

Examen des matières fécales : 22 mars : négatif; 17 mai : négatif.

Analyse bactériologique d'urines : 30 mars, négatif.

En juin, la malade reste alitée, elle est extrêmement affaiblie; de grandes oscillations apparaissent dans la température entre 37° et 39°. Sueurs nocturnes abondantes. Toux sèche, fatiguant beaucoup la malade.

Une laryngite se déclare; l'aphonie apparaît, et le spécialiste diagnostique : petites ulcérations des cordes vocales; infiltration de la face interne de l'épiglotte.

A ce moment, la température monte au-dessus de 40° certains soirs. Le poids de la malade baisse de plus en plus. Les signes d'auscultation sont évidents; râles assez nombreux, surtout après la toux, aux deux sommets, particulièrement au sommet gauche.

Un nouvel examen des crachats donne alors un résultat positif après homogénéisation.

Et, peu à peu, l'état général décline; la température reste toujours très élevée. Et la malade meurt le 22 octobre.

L'on s'est trouvé ici en présence d'une tuberculose fermée, qui ne s'est décelée bactérioscopiquement qu'au bout d'une année. L'on a pu assister, chez cette malade, à l'évolution, à la suite d'une pleurésie, d'une lobite supérieure gauche. Et, ce n'est que tout à fait à la fin, alors que les signes d'auscultation étaient extrêmement nets, que l'on a pu signaler quelques rares bâcilles de Koch dans l'expectoration.

Observation III

Y... B..., 23 ans, comptable.

Antécédents héréditaires : Mère morte d'une congestion pulmonaire, il y a 14 ans. Père mort il y a 2 ans d'une maladie de foie. Deux frères très bien portants.

Antécédents personnels : Rougeole dans l'enfance. Anémie à 12 ans. Bronchite il y a 5 ans; mais la malade s'est très bien portée depuis, ne s'enrhumant que rarement. En 1921, abcès de l'intestin. Au bout de 5 mois, évacuation du pus par l'anus.

Travaille depuis un an dans un bureau grand, bien aéré, avec une dame très bien portante.

Avait une amie qu'elle voyait très souvent, qui a eu une pleurésie il y a un an, et est atteinte actuellement de broncho-pneumonie.

Histoire de la maladie : Depuis décembre 1923, la malade est toujours enrhumée; elle ne s'est guère arrêtée de tousser. Vers février 1924, l'état général est atteint : amaigrissement notable, perte des forces, fatigue rapide. De même février voit l'apparition de pertes blanches abondantes, ayant d'ailleurs diminué depuis. Au début de mai, sueurs nocturnes : la malade prend sa température jusqu'à 39° le soir.

Etat actuel (31 mai 1924) : Amaigrissement notable (perte de 9 kilos en 6 mois). Pas de fièvre. Appétit actuellement très bon. Bon fonctionnement intestinal. Dyspnée d'effort. Toux et expectoration assez abondante; crachats verdâtres.

Toucher vaginal : L'utérus est immobilisé par une zone d'adhérences. Limites non perceptibles. La malade a eu probablement une ova-rite ouverte dans le rectum.

Examen de l'appareil pulmonaire :

Percussion : Zone qui paraît plus mate dans la région sous-claviculaire droite et qui paraît déborder la ligne parasternale.

Vibrations difficiles à percevoir.

Auscultation à droite; dans la zone sous-claviculo sternale, souffle et quelques râles moyens. Brassage à la toux. En arrière : souffle hilaire.

A gauche : rien.

Examen des crachats : 21 mai 1924 : négatif; 7 juin 1924 : négatif (après homogénéisation et enrichissement); 16 août 1924 : positif; 22 septembre 1924 : négatif; 1^{er} octobre 1924 : négatif (après homogénéisation).

Inoculation au cobaye, 28 juillet 1924; sous la cuisse gauche (487 grammes); 9 août 1924 (500 grammes); présence au point d'inoculation d'un abcès d'où sort un pus crémeux.

A l'examen bactériologique, microbes pyogènes banaux. Pas de bacilles de Koch. — 30 septembre 1924 (540 grammes).

Examen radioscopique : 15 mai 1924 : Chaîne hilare droite arborescente avec marbrures sous la clavicule droite. Quelques taches calcaires disséminées sous la hile.

4 juin 1924 : Les sommets s'éclairent à la toux, mais sont un peu gris. Les diaphragmes jouent bien. Les bases sont bonnes.

17 septembre 1924 : Le hile un peu chargé et un peu flou à droite. Aspect un peu gris dans l'ensemble, mais pas de foyer important que l'on puisse relever. Les sommets s'éclairent bien, le gauche mieux que le droit.

La malade sort du sanatorium le 24 septembre 1924, très fortement améliorée.

On voit que, dans ce cas, l'on a eu affaire à une tuberculose peu active qui, cependant, s'est décelée une fois par une expectoration bacillifère. Soignée convenablement au sanatorium, la malade est sortie fortement améliorée, et on n'a pu lui trouver à nouveau des bacilles de Koch dans les crachats. Si l'on avait attendu pour la considérer comme tuberculeuse que son expectoration soit positive, on lui aurait certainement fait perdre sa meilleure chance de guérison.

Observation IV

Y... R..., 37 ans, journalière.

Antécédents : Maladies de l'enfance. Peu de chose à signaler, sinon trois fausses couches en 1908, 1918 et 1922. Pas de grossesses terminées normalement.

Histoire de la maladie : Depuis la fin de l'année 1922, la malade se trouve dans un mauvais état général; son travail lui est pénible et la fatigue beaucoup. Elle a quelquefois un peu de fièvre. De plus, elle s'est mise à tousser. Mais c'est surtout une toux sèche, survenant par quintes, et non suivie d'expectoration.

25 octobre 1923 : examen des crachats négatif.

Le 15 février 1924 elle se présente à la consultation de l'hôpital Saint-André. A l'auscultation, elle présente des signes très manifestes : râles fins, en arrière, à droite. En outre, en avant, dans toute la région hilare et parasternale sus-hilaire, la respiration est très soufflante, et quand la malade tousse, les râles prennent le type caverneux.

Un nouvel examen des crachats donne, après homogénéisation et enrichissement, un résultat négatif.

Inoculation au cobaye (22 février 1924); cuisse droite. Le cobaye augmente de poids; sacrifié le 15 novembre 1924, on ne trouve trace de rien de suspect.

Une réaction de Wassermann lui est alors faite, et donne un résultat positif.

Mais le traitement spécifique n'agit pas beaucoup sur son état pulmonaire; elle continue à tousser beaucoup, la nuit surtout, et une expectoration purulente fait son apparition (9 mai 1924). A l'auscultation, on trouve alors à droite, un foyer de râles fins sous la clavicule. L'expectoration est toujours négative et la radioscopie montre une légère grisaille du sommet droit.

Cependant, son état général s'améliore constamment; les fourmillements dans les jambes, les céphalées, accidents auxquels elle était sujette, disparaissent.

En octobre 1924, elle revient, avec un peu de fièvre et un amaigrissement notable. Elle tousse et crache beaucoup. A l'auscultation on note : respiration soufflante dans la fosse sous-claviculaire droite.

L'examen radioscopique ne signale rien de particulier.

Examen des crachats : 15 novembre 1924 : négatif; 19 novembre 1924 : positif (après homogénéisation et enrichissement).

Chez cette malade, atteinte de syphilis, on a pu suivre l'évolution d'une tuberculose pulmonaire, qui ne s'est révélée à l'examen bactériologique, qu'au bout de plus d'une année. La coïncidence de ces deux maladies pouvait, pendant un certain temps, faire émettre quelques doutes; mais la présence de bacilles de Koch dans l'expectoration a pu nous faire penser

que cette malade avait ouvert la lésion, dont elle était atteinte, et qui, jusqu'alors, était restée fermée.

Ainsi donc, voilà une série d'observations de malades, qui, après une évolution parfois assez longue, ont fait la preuve de la nature bacillaire de leurs lésions. Un an, deux ans, souvent ont été nécessaires pour que des bacilles de Koch fassent leur apparition. Et, cependant, dès le début, il semblait bien que l'on se trouvait en présence d'une tuberculose pulmonaire. Est-il possible de nier alors qu'il puisse y avoir un stade de tuberculose fermée, précédant plus ou moins longtemps, chez certains sujets, la tuberculose ouverte. Si, chez les uns, cette évolution se fait avec rapidité, chez d'autres au contraire, elle est particulièrement lente. Et cela dépend de deux facteurs : l'activité propre de la lésion, qui peut évoluer, soit vers la sclérose, soit vers la caséification, et le siège des granulations, qui, lorsqu'elles sont bronchiques ou bronchopneumoniques, deversent rapidement des bacilles dans les bronches, mais qui, lorsqu'elles sont interstitielles, mettent plus ou moins longtemps à atteindre la surface respiratoire.

III

A côté de ces malades, que nous avons suivis de jour en jour, et pour lesquels nous avons pu noter les signes de l'évolution de leurs lésions, au fur et à mesure qu'ils faisaient leur apparition, nous pouvons citer plusieurs observations de malades, qui, éliminés du sanatorium pour bacilloscopies répétées négatives, sont revenus nous consulter, nous montrant alors des lésions bacillaires nettes en évolution. Ces malades, pour lesquels un diagnostic terme de tuberculose n'avait pu être établi, ont fait la preuve que l'affection dont ils étaient atteints, avait une origine bacillaire, puisque, six mois, un an, deux ans après, ils présentaient une expectoration positive.

Et vraiment, si l'on songe que plus de la moitié des sujets,

que nous avons gardés en observation pendant un certain temps, malgré leur expectoration négative, comme tuberculeux probables, sont devenus par la suite des tuberculeux ouverts, il est permis de conclure que, « seuls, une solide observation du malade et un examen clinique complet permettent d'établir la signification d'une bécilloscopie négative ».

Observation V

M... L..., 18 ans.

Entre au Sanatorium le 5 mai 1922, parce qu'elle se plaint de tousser et de cracher.

Son enfance a toujours été un peu malade, et elle se trouvait atteinte de bronchite presque tous les hivers. Mais, cette année, de plus elle se trouve fatiguée; elle a maigri quelque peu; elle tousse surtout le matin, et par quintes; elle crache un peu; expectoration mucopurulente.

Pas de fièvre, ni de sueurs nocturnes.

A l'auscultation, respiration soufflante au sommet gauche, avec légère submatité. Pas de signes surajoutés.

Examen radioscopique : négatif.

Examen des crachats : 18 mai 1922 : négatif; 9 juin 1922 : négatif, après homogénéisation.

Devant le peu de signes cliniques et physiques, on ne peut la garder au sanatorium, et on lui conseille d'aller se reposer durant l'été à la campagne. Elle s'en va le 22 juin 1922.

Mais durant l'hiver 1922-1923, elle se trouve plus malade que d'habitude. Elle est atteinte d'une bronchite qui l'oblige à s'aliter, avec de la fièvre, toux et expectoration abondantes qui continuent pendant quelques mois, ce qui amène M. L. à se présenter à la consultation. Elle est alors de nouveau admise au Sanatorium le 6 juin 1923.

A ce moment, la malade est très fatiguée. Elle a maigri de 4 kilos depuis l'an dernier. Elle n'a plus d'appétit. De plus, elle a un peu de fièvre le soir.

L'auscultation montre toujours une respiration soufflante au sommet gauche, avec quelques râles fins après la toux. Le reste des poumons ne révèle rien de pathologique.

L'examen radioscopique est encore négatif.

Examen des crachats : 8 juin 1923 : négatif; 11 juillet 1923 : négatif, après homogénéisation.

Durant son séjour au sanatorium, la malade s'améliore beaucoup. Elle reprend des forces. Sa toux diminue notablement. Et elle s'en va le 17 septembre 1923, dans un bon état général. Un nouvel examen des crachats, pratiqué avant son départ, donne encore un résultat négatif.

L'hiver 1923-24 se passe à peu près bien. Mais, dans les premiers mois de l'année 1924, elle maigrit de nouveau. Elle tousse, mais crache peu. Elle observe qu'elle a souvent de la fièvre le soir. Venue à la consultation le 3 mai 1924, on trouve à l'auscultation : râles bronchitiques gros et moyens prédominant dans la région hilare gauche. Un mois après, elle revient, mais présente cette fois un gros foyer de râles parenchymateux dans le lobe supérieur gauche.

On décide de la reprendre au sanatorium le 4 juin 1924.

Fièvre. Sueurs nocturnes. Toux grasse. Expectoration abondante, muco-purulente.

Examen des crachats : positif (17 juin 1924).

Examen radioscopique : La moitié supérieure du poumon gauche est franchement grise, la région sous-claviculaire surtout; les contours de cette grisaille sont imprécis. Le sommet droit s'éclaire bien à la toux.

Durant son nouveau séjour au sanatorium, la malade décline; elle perd ses forces de plus en plus; l'auscultation révèle au bout de peu de temps des lésions du poumon droit. Et elle s'en va le 21 octobre 1924 en mauvais état général.

Observation VI

M... A..., 26 ans, domestique.

Antécédents héréditaires : Père et mère décédés, d'affections indéterminées.

Antécédents personnels : Rougeole dans l'enfance. Régliée à 14 ans. Dysménorrhée. Pas de leucorrhée.

Fièvre typhoïde à 17 ans, laissant à sa suite un grand affaiblissement général. Bronchites tous les hivers.

Deux grossesses : un enfant mort au bout de 20 jours; et l'autre se trouve en excellente santé (1918-1921).

Par suite de privations, l'état général décline; amaigrissement, anorexie. Sueurs nocturnes. Pas d'hémoptysies.

Elle entre à l'hôpital Saint-André, d'où, au bout de 3 semaines, elle est envoyée au sanatorium, le 29 avril 1921.

Etat à l'entrée : Pas de fièvre. Bon appétit. Toux légère, surtout le matin au réveil. Expectoration peu abondante.

Examen de l'appareil pulmonaire : à droite, au sommet, inspiration soufflante et expiration prolongée. A gauche, au sommet, diminution du murmure vésiculaire, expiration soufflante, quelques râles secs, fins, après la toux.

Signe de d'Espine positif.

L'examen radioscopique montre alors que le sommet gauche ne s'éclaire pas à la toux. Ganglions hilaires et médiastinaux.

Examen des crachats : 20 juin 1921 : négatif; 21 juillet 1921 : négatif, après homogénéisation.

Elle quitte le sanatorium le 15 août 1921 en bon état général. Elle passe l'hiver en se faisant suivre de près, et le 6 décembre 1921, l'examen des crachats est encore négatif, après homogénéisation.

Le 9 mai 1922, elle revient se présenter avec des lésions beaucoup plus évidentes; de plus elle a maigri; elle n'a plus d'appétit; elle présente un peu de fièvre le soir, et parfois des sueurs profuses, pendant la nuit. De plus elle toussé et crache. On la reprend au sanatorium.

L'auscultation nous révèle un foyer notable de râles fins, surtout après la toux, au sommet gauche. Submatité et augmentation des vibrations vocales.

Examen des crachats : 15 mai 1922 : négatif; 20 mai 1922 : positif, après homogénéisation.

En l'espace d'un an, la malade avait ouvert la lésion du sommet gauche, dont elle était atteinte.

Examen radioscopique : Zone apicale gauche, très franchement grise, ne s'éclairant pas à la toux; l'ombre cardiaque du même côté est noyée à 3 doigts de sa partie supérieure dans une ombre médiastinale grise nettement débordante et se prolongeant même par un petit coin externe représentant vraisemblablement la naissance de la scissure; zone apicale droite un peu grise.

Durant l'été 1922, M. T. s'améliore nettement; elle augmente de poids; elle n'a plus de fièvre; elle tousse et crache peu, et en octobre, elle quitte le sanatorium.

Depuis nous l'avons suivie; ses lésions sont peu évolutives. Et elle se trouve toujours en bon état général.

IV

Maintenant nous avons à considérer des tuberculoses à début pleural ou cortico-pleural, qui peuvent se présenter à nous sous différents aspects.

La première forme à noter est la pleurésie confirmée, soit sèche, soit exsudative, ponctionnée ou non ponctionnée, survenant brusquement, la pleurésie à frigore des anciens auteurs. Maintenant il semble que l'on soit tout à fait d'accord pour faire entrer dans le cadre de la tuberculose cette pleurésie, qui a « pour substratum anatomique une lymphangite tuberculeuse sous-séreuse ». Ces pleurésies laissent à leur suite des lésions notables, soit de l'appareil respiratoire soit de la cage thoracique, et on peut les retrouver durant toute la vie de celui qui en a été atteint. Aussi est-il très fréquent de les noter à la consultation chez des malades se présentant à nous avec une tuberculose pulmonaire en évolution. Sur les 29 cas de tuberculose pleurale ou cortico-pleurale, que nous avons pu relever, nous pouvons citer 11 cas, soit de pleurésie nette confirmée; soit de séquelles de pleurésie certaine. Et d'ailleurs, à la suite de ces pleurésies, on peut voir le malade tuberculiser petit à petit sa corticalité pulmonaire;

tout d'abord, les signes généraux, sueurs nocturnes, fièvre, amaigrissement, apparaissent, puis, si l'on suit de près les malades, l'auscultation nous révèle une atteinte parenchymateuse certaine.

A côté de cette pleurésie, à début brutal, à épisode aigu, prennent place les tuberculoses pleurales ou cortico-pleurales à début insidieux, les unes localisées, les autres diffuses.

Chez les premiers, dont nous avons noté 15 cas, apparaissent tout d'abord des troubles généraux : un peu de température, douleurs thoraciques variables, dyspnée légère, léger amaigrissement, état de fatigue. Puis, à l'auscultation, on trouve des signes de pleurite, bien localisée à une base, ou aux deux bases. C'est une diminution de l'ampliation thoracique avec submatité, affaiblissement de l'intensité du murmure vésiculaire, accompagnée d'ailleurs de signes plus nets et plus précis : soit quelques frottements, soit quelques râles sous-crépitaux fins et secs. L'examen radioscopique montre les mêmes phénomènes et l'examen des crachats est le plus souvent négatif, comme de nombreux cas, parmi ceux que nous avons examinés, nous le prouvent.

Observation VII

C... F..., 22 ans, dactylographe.

Antécédents héréditaires : Père mort à 42 ans en 1920 d'une laryngite tuberculeuse. Mère bien portante. Un frère, mort à 9 ans, en 1920, d'une péritonite. 3 sœurs en bonne santé.

Antécédents personnels : Rougeole, coqueluche dans l'enfance. Réglée à 15 ans; règles régulières, abondantes, jusqu'à 18 ans. A 18 ans, elles s'arrêtent brusquement pendant 5 mois; des pertes blanches, assez abondantes, apparaissent. Au bout de 5 mois, réapparition des règles qui ont été depuis régulières et abondantes.

Mariée à 19 ans, en 1921. Mari très bien portant. Une grossesse normale en 1922. Enfant mort à 18 mois de méningite.

Habite depuis 1921 avec son mari une pièce au premier, très mal

aérée, très sombre. Travaille depuis 4 ans dans un bureau avec 6 personnes, la pièce est un peu petite.

Histoire de la maladie : En août 1923, elle se sent très fatiguée, perd l'appétit, commence à maigrir. En novembre 1923, hémoptysie; pendant 5 ou 6 jours, quelques gorgées de sang vermeil lui montent à la bouche, toutes les fois qu'elle fait un mouvement. Elle garde le lit pendant 10 jours. Puis, petit à petit, l'état général se relève; les règles, disparues depuis août, reparaissent en décembre.

Au début d'avril 1924, elle remarque de nouveau quelques crachats striés de sang. 8 jours après, nouveaux crachats hémoptoïques, et depuis, légère expectoration : quelques crachats verdâtres le matin.

Etat (le 28 avril 1924) : Bon état général. Conservation de l'appétit. Pas de troubles intestinaux. Amaigrissement : 5 kilos en 15 mois. Pas de fièvre, ni de sueurs nocturnes. Légère dyspnée d'effort. Toux. Expectoration peu abondante.

Examen : Légère diminution de la sonorité dans la région apicale droite. Vibrations exagérées au-dessus et immédiatement au-dessous de la clavicule droite.

Auscultation à droite; respiration soufflante dans la région sous-claviculaire avec quelques râles bulleux discrets et assez fins, après les efforts de toux. Dans les 2^e et 3^e espaces intercostaux, quelques frottements pleuraux.

Rien au cœur.

Examen radioscopique : (30 avril 1924) : Manifestement le sommet droit est gris dans sa région apicale et immédiatement sous claviculaire; pas d'aspect spelonquaire, même au-dessous. Il semble que le côté droit soit un peu ombré; diaphragme droit festonné, sinus cardi-diaphragmatique symphysé.

(3 juillet 1924) : Le sommet droit très gris, au-dessus et au-dessous de la clavicule, dont l'ombre est noyée.

Examen des crachats : 30 juin 1924 : négatif; 14 août 1924 : négatif après homogénéisation.

Inoculation au cobaye, ne donne aucun résultat.

Sort du sanatorium le 28 septembre en bon état général.

Mad. F. revient nous trouver à la fin du mois de novembre 1924. Elle a perdu 3 kilos depuis deux mois. Elle se plaint de douleurs dans

la région claviculaire et humérale droite. De plus elle tousse et crache le matin.

Auscultation : râles de bronchite très nets, localisés dans les régions sus et sous-claviculaires droites, mélangés de râles bulleux moyens et fins.

Exagération nette des vibrations jusqu'au niveau de la 3^e côte, à droite, avec diminution de la sonorité.

Examen radioscopique : Sommet droit gris. Région sous-claviculaire grise. Aspect réticulé. Région moyenne assez bonne.

Il est manifeste qu'il s'agit là d'une cortico-pleurite de la région claviculaire droite. Malgré l'examen négatif des crachats, nous sommes en présence d'une lésion bacillaire; l'enquête ne donne aucune présomption en faveur de la syphilis.

Chez les autres (3 cas), nous avons plutôt affaire à une pleurite diffuse, à une pachypleurite occasionnant de nombreux désordres dans la cavité thoracique, comme nous le montrent les résultats de la recherche radioscopique que nous allons donner.

Chez le premier de nos malades : « Opacité homogène de teinte plus forcée que le cœur, occupant les deux tiers inférieurs de la plage pulmonaire droite. Cœur dévié à gauche. »

Chez le second : « Pachypleurite droite en écharpe homogène, de teinte cardiaque, occupant l'hémithorax droit, commençant sous la clavicule et descendant obliquement jusqu'à l'hémédiaphragme noyé ainsi que le sinus dans cette opacité : ampliation thoracique très diminuée. »

Chez le troisième : « Tout le poumon gauche, au-dessous de la clavicule, est gris. Les contours du cœur sont flous, symphyse costo-diaphragmatique. Le diaphragme est complètement immobilisé. »

Chez ces malades, il est impossible par l'interrogatoire de déceler la possibilité d'une pleurésie ancienne. Ainsi donc ces atteintes ont passé dans leur évolution complètement imperçues. Les seuls signes fonctionnels à noter sont : légères

douleurs thoraciques, dyspnée, toux sèche. Et les signes cliniques sont : abolition des vibrations, matité, diminution ou absence du murmure vésiculaire.

Il faut remarquer, d'autre part, pour que l'étiologie tuberculeuse de ces lésions ne soit pas douteuse, que l'un de ces malades est atteint depuis peu d'une tumeur blanche du poignet, que les deux autres sont sujets depuis longtemps à des bronchites chroniques, sans expectoration bacillifère, mais avec signes généraux : sueurs nocturnes, fièvre, amaigrissement, fatigue générale, qui peuvent relever de l'infection bacillaire.

En résumé, sur nos 426 tuberculeux observés, nous avons rencontré 29 malades atteints de lésions pleurales, et seulement de lésions pleurales; car de nombreux tuberculeux pulmonaires examinés par nous, présentaient de plus des frottements pleuraux ou des symphyses pleurales, que d'ailleurs la pratique du pneumothorax artificiel nous permet de rencontrer encore plus souvent.

V

Nous avons pu relever 5 cas d'adénopathie trachéo-bronchique. C'est évidemment peu; mais il est rare de voir amener à notre consultation des enfants, qui sont bien plutôt examinés aux consultations de l'hôpital des Enfants.

Ces cas, rencontrés par nous, sont à peu près tous similaires, et se rapprochent sensiblement de l'observation que nous allons présenter.

Observation VIII

Y... J..., 8 ans.

Antécédents : Père et mère en bonne santé. Fille unique. Coqueluche à 2 ans. Grippe à 7 ans.

Histoire de la maladie : Depuis un an, cette enfant ne va pas bien.

Elle s'est remise difficilement de la grippe. Elle tousse et se trouve très souvent fatiguée.

Etat actuel : Enfant pâle, anémique.

Sternum légèrement en entonnoir. Implantation irrégulière des dents et voûte palatine ogivale.

Toux fréquente, survenant par crises, surtout la nuit.

Dyspnée asthmatiforme, essoufflement, tachycardie.

Vomissements, anorexie.

Fièvre fréquente, sueurs nocturnes.

Polymicro-adénopathie : petits ganglions dans les régions sus-claviculaires et le long des sterno-cleido-mastoidiens.

A l'auscultation, dans la région des 2^e et 3^e vertèbres dorsales, bronchophomie et pectoriloquée aphone. Souffle interscapulo-vertébral.

Examen radioscopique : grosse adénopathie hilare bilatérale, prédominante à droite.

CHAPITRE IV

LES NON TUBERCULEUX

Paragraphe I.

La première catégorie que nous avons créée parmi les malades non tuberculeux se présentant à nous est celle constituée par les sujets anémiés, convalescents, fatigués. Ils viennent se soumettre à l'examen médical, devant cet état de déficience générale où ils se trouvent, qui les inquiète par sa durée et par sa ténacité.

Nous avons pu en noter 36 cas, et le plus souvent les mêmes causes pouvaient être relevées à l'origine de leur mauvais état général passager.

En premier lieu, ce sont les convalescents d'une affection quelconque, pulmonaire le plus souvent, grippe en particulier. Certaines affections laissent à leur suite un état d'anémie et d'asthénie, qui dure quelque peu. Et le sujet qui en a été atteint a besoin de se reconstituer et de reprendre des forces, avant de pouvoir retourner à son travail. Il est dans un état de faiblesse générale, et un rien suffit à l'abattre, et à occasionner chez lui des phénomènes pathologiques, dont il s'inquiète à juste titre. Ne pouvant se remettre facilement de sa maladie, qui remonte à un mois, à deux mois, il vient nous consulter, redoutant que la tuberculose n'ait profité de sa convalescence pour faire son apparition chez lui, ou plutôt ne soit la cause de son mauvais état général du moment. Après un examen com-

plet et sérieux, où l'on n'a rien remarqué de suspect, on peut le détromper et lui donner quelque reconstituant qui hâtera sa guérison.

A côté de ces convalescents d'une maladie, on peut situer d'autres convalescents, mais ceux-ci pour une cause physiologique : grossesse, allaitement. Nombreux sont en effet les cas où la grossesse et l'allaitement, causes chez une personne délicate et fragile d'une fatigue un peu trop prolongée, retiennent sur l'état général et occasionnent des troubles asthéniques particulièrement tenaces. Il faut les examiner avec soin, pour voir si, par hasard, la tuberculose ne se cacherait pas là-dessous et n'aurait pas profité de la grossesse pour empirer après l'accouchement. Mais bien souvent on ne trouvera rien et on pourra rassurer ces femmes, tout en leur recommandant de suivre avec assiduité la consultation et de venir nous trouver, aussitôt que quelque chose de nouveau se signalerait chez elles.

Enfin, il y a des gens qui sont fatigués par leur travail, que l'on fait travailler au-dessus de leur mesure, ou dans des conditions d'hygiène et de vie défectueuses, des gens qui passent toute la journée dans une atmosphère confinée, qui n'ont pour respirer librement que le trop court chemin qu'ils ont à faire pour aller de leur chambre à leur bureau ou à leur atelier, se nourrissent peu et d'une nourriture peu variée, qu'ils n'ont pas le temps d'apprêter convenablement. Ces gens ont le droit d'être fatigués à certains moments et de se trouver dans un état général médiocre. Ils ont besoin de repos, et d'un genre de vie plus sain et plus aéré.

Ces diverses catégories que nous avons observées, ce sont les diverses catégories de sujets particulièrement aptes à devenir tuberculeux. Convalescents, de maladie ou de grossesse, gens à labeur confiné, voilà les personnes dont l'hygiène sociale doit se préoccuper, si elle veut faire une lutte contre la tuberculose efficace et suivie de résultats encourageants et réels.

Paragraphe II

MALADIES de L'APPAREIL RESPIRATOIRE

I

La première partie de nos malades atteints d'affections banales de l'appareil respiratoire est constituée par les rhinopharynges. Nombreux sont les cas où les affections d'origine rhino-pharyngée occasionnent, soit un syndrome d'insuffisance respiratoire unilatérale ou bilatérale, pouvant faire soupçonner un début de tuberculose pulmonaire, soit des bronchites chroniques, avec toux persistante et expectoration abondante, entretenues par des lésions inflammatoires de l'arrière gorge ou l'insuffisance de la perméabilité nasale.

Après les travaux de M. Rist et de Mme Kohn-Enriquez, on peut classer dans le premier groupement, les lésions qui causent une obstruction nasale, plus ou moins marquée, et gênent ainsi la fonction respiratoire physiologique. Parmi celles-ci, on peut citer : l'étroitesse congénitale des fosses nasales, les déviations et éperons de la cloison, la rhinite hypertrophique, les polypes des fosses nasales, enfin les végétations adénoïdes, qui, d'ailleurs, en plus de leur action mécanique, occasionnent une infection chronique, qui peut les faire aussi entrer dans le second groupement. Ces cas sont véritablement fréquents, et une partie des cas décrits par Grancher avec des signes de tuberculose pulmonaire débutante peuvent en provenir. « Cependant, comme le dit M. Sergent, la tuberculose pulmonaire reste rarement limitée à un seul

sommet, et c'est avec elle que la confusion sera possible, du moins avec ses formes abortives se caractérisant par la sclérose des sommets. Il est exceptionnel en effet que des lésions tuberculeuses en évolution se traduisent dans les deux sommets exactement par les mêmes signes physiques; d'autre part, il est exceptionnel qu'elles ne s'accompagnent pas de la présence de bacilles de Koch dans l'expectoration. C'est seulement la sclérose bilatérale des sommets qui peut créer un syndrome d'insuffisance respiratoire; elle constitue, en fait, une cause d'insuffisance, voire même de la disparition de la ventilation pulmonaire apicale. Mais l'examen radioscopique montre que les sommets scléreux sont opaques, qu'ils ne s'éclairent nullement pendant la toux, et que, même après un effort de toux, ils ne redeviennent pas momentanément transparents; ils sont sans expansion possible; ce sont des sommets cicatriciels, définitivement et complètement imperméables à l'air.» Ainsi donc ce syndrome d'insuffisance respiratoire créé par des affections chroniques des fosses nasales et du rhino-pharynx doit être diagnostiqué franchement et différencié nettement du syndrome d'insuffisance respiratoire occasionné par la sclérose des sommets. Il sera encore plus facile de le diagnostiquer en soumettant tous les sujets, où nous pourrions hésiter, à un examen méthodique du rhino-pharynx, qui nous renseignera sur ce qu'ils pourront présenter de pathologique.

P... S..., 17 ans.

Toux fréquente. Expectoration muco-purulente. Mauvais état général. Anémie.

Type de l'adénoïdien : facies pâle, bouche entr'ouverte.

A l'auscultation, insuffisance respiratoire des deux sommets; diminution notable de la respiration.

Examen des crachats : négatif.

Examen du rhino-pharynx : énormes végétations senties derrière le voile du palais. Pourtant ce jeune homme avait été opéré pour cela il y a 7 ans.

D'ailleurs, ainsi qu'on le voit dans le cas précédent, le plus souvent ces lésions sténosantes entretiennent une infection chronique, due au catarrhe qui les accompagne, ce qui les rapproche beaucoup de notre deuxième groupement : lésions infectantes du rhino-pharynx. Ici l'on trouve tout un cortège de symptômes fonctionnels, pouvant faire songer à la tuberculose : toux, expectoration muqueuse, mucopurulente ou purulente, élévation de la température, dyspnée, épistaxis et même hémoptysie. Les plus fréquentes de ces lésions infectantes sont les végétations adénoïdes, qui, même opérées, laissent à leur suite des séquelles rhinopharyngiennes importantes, les empyèmes chroniques des sinus, les éthmoïdites chroniques et le rhinite atrophique.

De nombreux cas, que nous avons observés, montrent bien que ces symptômes fonctionnels sont assez notables pour faire penser à une lésion chronique d'origine bacillaire, mais un examen attentif du sujet permettra de reconnaître l'origine rhino-pharyngée de l'affection.

M... D..., 20 ans, dactylographe.

Se présente à nous avec une toux persistante, une expectoration abondante, surtout matinale. Dans ses antécédents, on note que, en juillet 1923, elle a été opérée et qu'on lui a enlevé les amygdales et les végétations.

L'examen de l'appareil pulmonaire est négatif. L'examen des crachats ne montre pas de bacilles de Koch, mais des staphylocoques dorés.

Le diagnostic ne fait aucun doute; expectoration et toux dues à une infection rhino-pharyngée, que n'a pas enrayée l'ablation des amygdales et des végétations.

C... D..., 12 ans.

Toux persistante à type coqueluchoïde. Expectoration mucopurulente, avec quelquefois quelques filets de sang. Bon appétit. Pas d'amaigrissement.

L'examen des crachats donne un résultat négatif.

Mais à l'interrogatoire, on apprend que cette fillette a eu des végétations, dont elle a été opérée l'an dernier.

Nous ne citerons pas d'autre cas que nous avons recueillis, soit de sinusites, soit d'inflammations de la gorge avec abcès amygdaliens, soit de coryza aigu ou chronique avec enchifrènement. Car ce sont des observations banales, dont le diagnostic est facile à faire, et qui ne présentent pour notre travail qu'un intérêt relatif.

II

Une seconde partie de notre statistique des affections banales de l'appareil respiratoire, qui se sont présentées à la consultation, est constituée par les affections aiguës des bronches et des poumons; cette partie ne nous retiendra pas longtemps.

Que dire en effet des bronchites aiguës, des congestions pulmonaires, des pneumonies, sinon que, plus tard, il faudra en surveiller la convalescence, pour voir si l'on n'assiste pas à une évolution torpide bacillaire si fréquente, surtout au cours des splénopneumonies ou des pleuro-pneumonies de types Potain ou Woillez, qui ne sont au fond que des cortico pleurites, le plus souvent tuberculeuses.

Mais à côté de cela, combien d'affections franchement aiguës, ne laissant rien à leur suite.

III

Une troisième partie, beaucoup plus intéressante, est formée par les malades atteints d'affections chroniques de l'appareil respiratoire. C'est alors que notre observation doit s'exercer; et nous ne devons laisser éloigner ces malades sans être certains que la maladie, dont ils sont atteints, n'a rien de

bacillaire. C'est alors que des examens répétés, aussi bien cliniques que bactériologiques ou radiologiques, doivent être pratiqués, pour que nous puissions bien suivre l'évolution de leur affection, en même temps que nous puissions diagnostiquer quelle en est la nature.

En effet, l'asthme, l'emphysème, la bronchite chronique peuvent se rencontrer dans la tuberculose, et cela, sans signes parenchymateux surajoutés; mais il est vraiment très rare que dans ces cas l'expectoration ne soit pas bacillifère.

« Le diagnostic de la bronchite chronique simple avec emphysème, au moment d'une poussée hivernale, est généralement facile à faire, le type de l'emphysémateux étant assez caractéristique et ne pouvant guère être confondu avec celui du tuberculeux évolutif. Mais, lorsque à des rales humides, quelquefois prédominants à un côté ou même au niveau d'un sommet scléreux, se surajoute un affaiblissement de l'état général avec amaigrissement et perte des forces, le syndrome ainsi réalisé imite d'assez près la tuberculose. La disinction se base sur l'absence de bacilles et l'amélioration rapide de la bronchite par le repos et le traitement. » (Sergent)

H. Marotte, dans sa thèse sur les bronchites tuberculeuses nous présente quatre observations de bronchites chroniques essentielles sans bacilles. Mais véritablement rien ne prouve que l'on ait affaire à des tuberculeux. Il s'appuie sur ce fait que, d'après lui, la rudesse respiratoire et l'exagération des vibrations doivent être considérées comme caractéristiques, lorsqu'elles se superposent au rythme emphysémateux. Et comme l'on se trouve en présence de cas à évolution très lente et torpide, avec conservation intégrale de l'état général, on se demande pourquoi, rien que d'après les deux signes précités

H. Marotte et son maître, M. Dumarest, veulent faire de ces malades des tuberculeux. Et je crois que c'est plutôt la preuve de leur tuberculose que la preuve de leur non tuberculose qu'il convient de faire.

D'ailleurs L. Bernard ne cache pas que, dans les cas de bronchite chronique avec emphysème, où, après plusieurs

examens, on ne peut déceler de signes certains de tuberculose le diagnostic de tuberculose que l'on peut faire est seulement indirect ou même un peu hypothétique. Et c'est sur ces conclusions et sur ces indications que nous avons classé, le mieux que nous avons pu, suivant surtout l'examen des crachats et les signes cliniques, tous les cas qui se sont présentés à nous de bronchite chronique et d'emphysème.

Voici, entre autres, l'observation d'une malade, dont le diagnostic a été longtemps dans l'incertitude :

Observation IX

C... E..., 34 ans, ménagère.

Antécédents : Père et mère vivants, en bonne santé.

Rougeole dans l'enfance. Sujette aux bronchites, dont elle est atteinte depuis son jeune âge, tous les hivers.

Réglée à 15 ans, règles régulières, peu abondantes.

Histoire de la maladie : Durant l'hiver 1921-1922, présente des poussées successives de bronchite, qui la fatiguent beaucoup. En mai 1922, elle se sent très faible, éprouve un violent point de côté, accompagné de dyspnée et de fièvre. Elle se présente à la consultation. On lui trouve des râles de congestion dans les deux tiers inférieurs du poumon gauche. Et de plus, au hile gauche, l'on entend de nombreux petits râles fins, mobiles avec la toux. Un examen radioscopique montre : « Aspect un peu gris généralisé. Jeu diaphragmatique insignifiant des deux côtés. En vue postérieure, aspect moins gris; il y a plutôt un élargissement des espaces intercostaux quand la malade tousse ». Un examen des crachats donne un résultat négatif.

De même, durant l'hiver 1922-1923, elle présente de nouvelles poussées de bronchite; mais une observation plus attentive d'elle-même ne lui permet pas de trouver de la fièvre. Toux grasse, avec expectoration abondante, muco-purulente. On la traite par l'eau sulfureuse de Labassère.

Durant toute l'année 1923, elle se sent très fatiguée, très essoufflée. Sa toux ne cesse pas. Elle est de plus sujette à des migraines* fréquentes, à des éblouissements et à des pertes de la mémoire.

Pendant l'hiver 1923-1924 elle est atteinte d'une bronchite plus grave, qui l'oblige à séjourner deux mois et demi au lit. La toux est toujours aussi fréquente, l'expectoration muco-purulente toujours aussi abondante. Un peu de fièvre se dessine le soir. Sueurs nocturnes. Elle mange peu et se trouve un peu constipée.

Règles normales, mais peu abondantes.

A l'auscultation, inspiration nettement humée. Expiration prolongée. Signes de bronchite généralisée et de congestion de la base gauche. **Examen des crachats négatif.**

En avril 1924, elle se lève et se remet un peu durant l'été, qu'elle va passer à la campagne. Mais en septembre, elle revient avec une nouvelle atteinte de bronchite. L'auscultation montre de nouveau des sibilances et des ronchus dans toute la hauteur des deux poumons, en arrière. Toux quinteuse surtout au réveil, avec expectoration intermittente. Un nouvel examen des crachats donne un résultat négatif.

En résumé, bronchite chronique suspecte, mais où les divers examens de crachats pratiqués n'ont jamais décelé de bacilles de Koch.

A côté de ces cas de bronchite chronique et d'emphysème, nous avons relevé quelques cas de dilatation bronchique, où l'examen de l'expectoration a été constamment négatif. L'un de ces cas présente un intérêt spécial, et l'histoire de la maladie et son évolution nous ont paru suffisamment nettes pour que nous le présentions dans notre travail. C'est un cas de broncheectasie, reliquat d'une affection broncho-pneumonique de l'enfance.

Observation X

R... F..., 10 ans.

Antécédents héréditaires : Père et mère vivants, en bonne santé.

Fils unique.

Antécédents personnels : A 3 ans, broncho-pneumonie grave. A 5 ans,

rougeole. Depuis la broncho-pneumonie, l'enfant, pâle et anémié, n'a cessé d'être fatigué et en mauvais état général. Il tousse beaucoup et souvent, surtout durant les hivers, qu'il ne passe jamais sans être malade.

Histoire de la maladie : En novembre 1923, l'enfant est présenté à la consultation. Il tousse et crache. Il a eu un peu de fièvre et les parents sont inquiets de cet état qui ne s'améliore jamais.

A l'auscultation, en arrière, dans la partie moyenne du poumon droit, on entend de nombreux râles muqueux, gros et moyens. Les râles muqueux, brassés par la toux, accompagnés d'un souffle, donnent à l'oreille tout à fait l'impression d'un syndrome cavitaire; dilatation bronchique.

Le diagnostic est porté, après examen des crachats négatif après homogénéisation, de séquelles de broncho-pneumonie de l'enfance, avec lésions appréciables de la partie moyenne du poumon droit.

Un traitement balsamique est ordonné, et, deux mois après, le 4 janvier 1924, l'enfant se présente fortement amélioré, au point de vue surtout symptômes fonctionnels. L'expectoration et la toux sont très diminuées.

Durant le printemps 1924, il se porte bien : augmentation de poids, toux peu fréquente, expectoration peu abondante.

En juin, il est repris d'une bronchite, qui lui redonne de la fièvre avec réapparition de la toux et de l'expectoration. Envoyé en cure sulfureuse à Luchon.

Et, le 3 octobre 1924, il en revient, dans un assez bon état : toux peu fréquente, augmentation de poids, bon appétit, pas de température.

A l'auscultation, souffle et pectoriloquée aphone au niveau de la région intervertébro-scapulaire supérieure droite. Râles bronchitiques disséminés un peu dans tout le poumon.

IV

Nous avons pu observer quelques cas de syphilis pulmonaire. Ces malades présentent un syndrome pulmonaire.

tout à fait semblable à celui dû à la tuberculose. Ils sont atteints de lésions peu évolutives, avec tendance à la sclérose et conservation de l'état général. Le diagnostic en est malaisé; car le plus souvent, on note chez eux des hémoptysies. Et ce n'est qu'après une observation prolongée, devant le résultat négatif obtenu par l'examen des crachats, et devant les signes ou stigmates de syphilis acquise ou d'hérédosyphilis que l'on peut conclure fermement.

Voici une observation que nous avons recueillie.

Observation XI

A... P..., 18 ans, modiste.

Antécédents héréditaires : Père robuste, mais crache beaucoup. Il a été atteint d'une pleurésie en 1918. Mère affaiblie et fatiguée par une vie pénible.

3 frères et une sœur en bonne santé.

Antécédents personnels : Rougeole, coqueluche dans l'enfance. Enfance malade; elle reste toujours chétive, peu développée physiquement. En 1918, grippe légère.

Réglée à 16 ans : règles régulières, peu abondantes, douloureuses.

Histoire de la maladie : Très fatiguée par son travail, elle se trouve souvent atteinte de céphalées, d'épistaxis, de syncopes. Elle doit quitter l'atelier de couture, mais son état ne s'améliore pas. Depuis janvier 1922, les céphalées deviennent plus fréquentes; l'appétit diminue; amaigrissement notable. En juin, elle se trouve prise subitement de frisson, avec céphalée et épistaxis; elle se couche, mais au bout de 3 jours, elle veut retourner à son travail; ses forces l'abandonnent, sa faiblesse augmente: elle tousse continuellement, mais crache peu.

Elle se décide à venir à la consultation et entre au sanatorium.

Elle est alors dans un état d'asthénie profonde. Pas de fièvre; seulement léger mouvement thermique vespéral. Sueurs nocturnes. Toux fréquente, survenant par crises. Expectoration peu abondante.

Examen de l'appareil respiratoire : En avant et en arrière, subma

tité du sommet droit. Respiration rude et soufflante aux deux sommets. De plus, en arrière, à la base, on note de gros frottements.

D'ailleurs ces signes d'auscultation des bases vont peu à peu en s'améliorant, en même temps que la malade reprend des forces.

Appareil circulatoire, rien à signaler.

Rein : ni sucre, ni albumine dans les urines.

Examen radioscopique : Ombres hilaires très chargées, surtout dans la partie inférieure. Diaphragme : Jeu imperceptible des deux côtés. Dans l'ensemble, les champs pulmonaires manquent un peu d'homogénéité.

Examen des crachats : 25 juillet 1923 : négatif ; 29 juillet 23 : négatif après homogénéisation ; 15 septembre 1923 : négatif après homogénéisation.

Après un examen complet, on croit possible d'écarter le diagnostic de tuberculose pulmonaire, et on recherche une autre cause à ses lésions actuelles.

La réaction de Bordet-Wassermann se trouve être positive.

On se trouve donc en présence d'une syphilis pulmonaire, ayant occasionné une sclérose des deux sommets.

Paragraphe III

MALADIES de L'APPAREIL CIRCULATOIRE

A notre consultation, nous avons pu relever 12 cas d'affections diverses de l'appareil circulatoire, chez des malades qui se soupçonnaient ou étaient soupçonnés de tuberculose pulmonaire.

Nous ne comprenons pas dans ce groupement les insuffisances cardiaques dues au mauvais fonctionnement de l'appareil respiratoire, dues par exemple à l'emphysème, à la sclérose pulmonaire, à la tuberculose fibreuse. En effet, dans ces affections, par suite de la gêne existant dans la petite circulation, et de l'hypertension qui en résulte, il y a un surcroît de travail imposé au ventricule droit. Petit à petit celui-ci se dilate, puis il se laisse complètement forcer; et l'on aboutit à l'insuffisance tricuspidiennne, puis à l'asystolie. Ces cas ont été rangés, avec leur cause, dans les affections chroniques de l'appareil respiratoire; ils n'ont donc pas place ici, nous n'y reviendrons pas.

Restent donc à envisager des cas d'affections pures de l'appareil circulatoire, auxquelles nous adjoindrons trois cas de brightisme, affection de l'appareil cardio-rénal.

I

Parmi les affections de l'appareil cardiaque, les plus intéressantes sont les lésions orificielles, avec tout le cortège

symptomatique qu'elles provoquent, et qui peut, dans certains cas, faire songer à la possibilité d'une atteinte bacillaire.

A ce point de vue la lésion la plus intéressante est certainement le rétrécissement mitral pur, qui a déjà provoqué les travaux d'un grand nombre d'auteurs. Ce rétrécissement mitral se manifeste d'ordinaire vers la puberté sans cause apparente, et surtout chez les sujets de sexe féminin. On se trouve en présence d'une jeune fille pâle, anémique, mal réglée, en général petite, présentant des palpitations et un peu d'essoufflement. De plus, et c'est un symptôme qui cause le plus souvent l'erreur de diagnostic, par suite de la stase dans la petite circulation, occasionnée par leur lésion, ces sujets présentent souvent des hémoptysies, peu abondantes, qui se répètent pendant des semaines.

D'ailleurs, sur les trois cas que nous avons observés, une observation est particulièrement significative : la malade avait été prise pour une tuberculeuse et un examen complet et détaillé a permis de redresser le diagnostic.

Observation XII

L. . L..., 16 ans, domestique.

Antécédents héréditaires : Père et mère vivants, bien portant 1 frère et 6 sœurs, en bonne santé.

Antécédents personnels : Aucune maladie de l'enfance. A 6 ans, apparition de dyspnée d'effort. Réglée à 13 ans et demi. Mariée à 16 ans et demi. Enceinte de 4 mois.

Histoire de la maladie : Elle se souvient que, à l'âge de 6 ans, elle était vite fatiguée et essoufflée, lorsqu'elle prenait part aux jeux de ses camarades. L'hiver, elle s'enrhumait facilement.

A 13 ans les règles ont fait leur apparition; durant 3 jours, abondantes, non douloureuses.

A 15 ans, elle sort de la pension, où elle était; l'essoufflement est devenu plus intense au moment des jeux, à tel point que, durant les récréations, elle reste assise au lieu de s'amuser avec ses compagnes.

Elle se place, comme femme de chambre, en Charentes. Elle y reste

deux mois, puis vient à Bordeaux dans une autre famille. Là, elle travaille beaucoup, se levant à 5 heures du matin, se couchant à 11 heures du soir. Elle doit, pour accomplir son service, monter ou descendre très souvent dans la journée les trois étages de la maison.

Au bout de 2 mois, très fatiguée, très essoufflée, ayant perdu complètement l'appétit, ayant maigri, elle revient dans sa famille à Bordeaux. Six mois de repos lui font beaucoup de bien; son état général s'améliore, mais, en novembre 1923, l'appétit disparaît de nouveau et la malade se met à maigrir et à tousser. Elle présente une hémoptysie d'un verre environ dans le courant du mois de décembre. Les règles, qui jusqu'alors avaient été tout à fait normales, sont très peu marquées, et depuis n'ont pas reparu. Le 10 janvier 1924, L... L... se marie.

Au début de mars, étant très fatiguée, ne mangeant pas depuis quelques jours, elle crache du sang dans des efforts de toux. Elle garde la chambre pendant une quinzaine de jours; puis un médecin l'examine et lui conseille le sanatorium avant d'entrer à la maternité.

Etat actuel : Du 3 au 15 avril, la malade présente plusieurs hémoptysies; sang pur, vermeil, sans trace de crachat véritable.

Etat général assez bon. Pas d'appétit. Très dyspnéique au moindre effort. Pâleur et refroidissement des extrémités.

Examen de l'appareil pulmonaire : En arrière et en avant, râles de congestion aux bases.

Examen du cœur : La palpation révèle un frémissement cataire très net. Souffle rude, râpeux, au 1^{er} temps, se propageant dans l'aiselle gauche.

Examen radioscopique : Cœur volumineux à contours imprécis, débordant tout spécialement le bord droit de l'ombre vertébrale de 2 à 3 travers de doigt. Manifestement l'hypertrophie porte davantage sur le cœur droit et sur la base du cœur, que sur son ventricule gauche. Les 2 bases sont bonnes. Les diaphragmes jouent bien. Les sommets très clairs. En oblique antérieure droite, l'espace clair postérieur est entièrement comblé dans sa partie basse.

Les autres lésions orificielles peuvent de même être prises mais plus rarement, pour de la tuberculose pulmonaire.

Ainsi, par exemple, voilà un consultant qui se présente à nous, parce qu'il tousse et crache depuis plus d'un an. De plus, il se plaint de vagues douleurs thoraciques, et ne peut travailler, parce qu'il est sujet à une dyspnée d'effort qui l'oblige à s'arrêter complètement. A l'examen de l'appareil respiratoire, on ne trouve rien à signaler, sinon quelques râles de bronchite discrets. Mais, à l'examen du cœur, on entend aussitôt un souffle systolique à la pointe, en jet de vapeur, qui se propage dans l'aisselle. Nous sommes en présence d'une insuffisance mitrale, en période de décompensation, d'hyposystolie, ayant provoqué de la congestion des bases pulmonaires.

De même, nous pourrions citer encore deux cas d'insuffisance et de rétrécissement aortique. Mais le tableau clinique, à la période de décompensation, est le même; et nous avons toujours affaire à des sujets essoufflés, incapables de travailler, toussant et crachant abondamment, éprouvant des douleurs thoraciques variables. Tableau qui peut faire songer à la tuberculose pulmonaire, si l'on n'a pas soin de se rendre compte de l'état du cœur.

Nous avons pu relever encore, à un stade plus avancé de l'affection cardiaque, deux cas d'asystolie, avec gros foie cardiaque, œdème des jambes, congestion des bases, et tout le cortège symptomatique accompagnant ces divers phénomènes. Mais là, le diagnostic saute aux yeux : il n'est nul besoin d'insister.

II

Nous avons pu relever trois cas de néphrite chronique. Et vraiment, il n'est pas très étonnant que, là encore, des erreurs de diagnostic puissent se produire; car, parmi les symptômes de début du mal de Bright, on peut citer une oppression modérée, des râles sous-crépitaux fins aux deux bases,

indices d'un léger œdème du poumon, une sensation de lassitude habituelle, et des épistaxis répétées, légères, matutinales, tous symptômes qui, à cette période de la maladie où rien n'est net, peuvent faire songer à une bacillose commençant son évolution. Et comme, au fur et à mesure que la maladie s'aggrave, on observe des troubles digestifs, anorexie, perte d'appétit, vomissements, de plus en plus fréquents, en même temps que des troubles respiratoires particulièrement notables, hémoptysies, accès de dyspnée, bronchite tenace, souvent localisée au sommet (bronchite albuminurique de Lassègue), épanchement pleural, enfin œdème pulmonaire, un médecin peu averti peut se consolider dans l'opinion qu'il s'est faite, et, désirant soigner une tuberculose, omettre d'observer plus attentivement le malade et d'examiner les urines.

D'ailleurs, pour prouver que nous ne nous avançons pas en prétendant que parfois le mal de Bright peut réaliser un syndrome se rapprochant de la tuberculose, nous allons présenter l'observation d'une malade, que nous suivons depuis près de trois ans.

Observation XIII

I... D..., 56 ans, journalière.

Antécédents : Rougeole et scarlatine dans l'enfance. Depuis, sans être jamais très bien portante, elle n'a pas fait de graves maladies. Toujours fatiguée par son travail journalier, elle avait besoin de temps en temps de quelques jours de repos.

L'hiver ne se passait pas sans qu'elle tousse ou crache pendant un mois ou deux.

Ménopause à 45 ans.

Durant l'année 1923, présente des phénomènes de névralgie sciatique.

Histoire de la maladie : Depuis quelque temps, elle se sent un peu plus fatiguée que d'habitude. Elle a quelques vertiges et des éblouissements. De plus, elle tousse et crache abondamment.

Hier soir, elle a éprouvé une crise de palpitations avec sensations d'étouffement, de constriction thoracique, avec irradiations dans le bras gauche.

Elle revient à la consultation, où on l'observe depuis plus de deux ans.

Etat actuel : Mauvais état général. Grande fatigue, avec perte de l'appétit et mauvais fonctionnement intestinal. Pas de fièvre, ni de sueurs nocturnes. Pas d'amaigrissement notable.

Toux fréquente, survenant par crises, surtout la nuit, et suivie d'une expectoration assez abondante. Vertiges, céphalées, éblouissements, crampes dans les mollets.

Se plaint de douleurs vagues dans le thorax. L'examen de l'appareil respiratoire ne montre rien, sauf quelques sybilances.

Appareil circulatoire : Au cœur bruit de galop très net.

Hypertension : T. A. : 19-13. 3 1/2.

Un examen des urines en 1923 a montré des traces d'albumine. Mais un nouvel examen, pratiqué maintenant, ne montre rien à signaler. Il est vrai que, depuis 1923, elle suit un régime (légumes, fruits, viandes blanches, poissons).

En résumé : rénale, qui ne présente que de petits signes de brightisme.

Nous pouvons encore présenter des cas d'hypertension, comme celui-ci.

J... D..., 55 ans. Se plaint d'une douleur dans la région sous-mammaire droite, douleur qui lui coupe la respiration et l'empêche de travailler depuis 5 ou 6 ans. Bon état général.

Dyspnée d'effort. Examen pulmonaire négatif.

Au cœur, bruit de galop. T. A. : 30. 15. 3 1/2.

Pas d'albumine dans les urines. Pas d'œdèmes.

Paragraphe IV.

MALADIES de L'APPAREIL DIGESTIF

Les affections de l'appareil digestif pouvant réaliser un syndrome simulant de près ou de loin la tuberculose pulmonaire sont assez fréquentes. En effet ces diverses affections, par la dénutrition qu'elles occasionnent, par le mauvais état général qui les accompagne, rendent le sujet à ce point débile et instable qu'un rien suffit à l'abattre. Alors, c'est tout le cortège des symptômes généraux de la tuberculose : amaigrissement, fièvre, sueurs nocturnes, qui rendent inquiets le malade, et même le médecin qui le soigne, et leur font suspecter une affection bacillaire en évolution. De plus, à ces symptômes généraux s'ajoutent souvent des symptômes fonctionnels, toux, dyspnée, expectoration, points de côté, causés par une raison ou par une autre, et alors de plus en plus l'esprit tend à soupçonner la tuberculose.

D'ailleurs, nous allons examiner séparément quelques cas de maladies de l'appareil digestif qui se sont présentés à nous.

En premier lieu, nous pouvons citer la dilatation de l'estomac, dont Sergent a signalé quelques cas sous le nom de « dislocation verticale de l'estomac ». « Ceux qui en sont affligés, dit-il, maigrissent, languissent, et un certain nombre d'entre eux toussent, surtout après les repas. »

L'ulcère de l'estomac peut de même prendre le masque de la tuberculose, et nous pouvons en citer un cas, que nous avons observé, chez lequel il a fallu un examen complet pour pouvoir conclure à cette affection. Fréquemment, surtout si

l'on n'en est pas témoin, l'hématémèse peut être prise pour une hémoptysie. Et les douleurs, pourtant si spéciales à l'ulcère, sont considérées comme de vagues douleurs thoraciques, causées par des poussées de pleurite. Ajoutez à cela que l'on a affaire à un malade anémié, amaigri, et qui, par conséquent, sera plus facilement atteint par les diverses causes d'infection de l'appareil respiratoire. Ces malades, comme tous les dyspeptiques, sont des sujets de moindre résistance, chez lesquels les bronchites sont fréquentes. Combien de dyspeptiques sont souvent considérés pendant longtemps comme suspects de tuberculose ? Soignez leur maladie d'estomac et vous verrez rapidement disparaître tous les symptômes alarmants.

Si l'on passe maintenant aux maladies de foie, nous avons pu observer trois cirrhotiques, qui venaient nous trouver par suite des troubles respiratoires qu'ils éprouvaient, dyspnée d'effort le plus souvent avec toux sèche et parfois expectoration. Ces troubles étaient très probablement liés à la maladie dont ils étaient atteints. Ils provenaient évidemment, soit de l'état de leur cœur, soit de la stase pulmonaire causée par l'état de leur foie. Et de plus, chez les cirrhotiques, n'observe-t-on pas, dès le début de leur affection, des troubles dyspeptiques, de l'anorexie, et même des hémorragies, tous symptômes que l'on trouve également dans le premier stade de la tuberculose pulmonaire. Et l'amaigrissement, la perte des forces et de l'appétit, la fatigue générale s'ensuivent ; mais à ce moment, des signes plus importants du mauvais fonctionnement de leur foie apparaissent, et le diagnostic n'est plus à discuter.

Nous allons maintenant considérer une catégorie beaucoup plus importante et beaucoup plus intéressante de malades. C'est celle constituée par les entérocolites et la stase intestinale chronique complète ou incomplète. Les malades frappés de ces affections intestinales sont, par suite du mauvais fonctionnement de leur intestin, dans un état de dénutrition prolongé. L'appétit est capricieux et irrégulier et la mauvaise assimilation des aliments qu'ils absorbent est à l'origine de

leur amaigrissement très marqué; ils sont toujours fatigués et asthéniques. De plus, dans leur intestin, où les aliments font un séjour trop prolongé, une auto-infection colibacillaire se produit. Alors apparaissent les phénomènes inflammatoires, fébriles. Puis les troubles s'amplifient et se répercutent sur le système nerveux. Le malade devient anxié, se préoccupe constamment de son état, et peut même aller jusqu'à la mélancolie et la neurasthénie.

Voilà pour les troubles généraux. Mais à ceux-ci on peut ajouter des symptômes particuliers, beaucoup plus intéressants au point de vue pulmonaire. Les côlons et l'anse sigmoïde sont bourrés; attiré par ce poids, l'intestin tombe, et par cela même, il entraîne le mésentère, qui, à son tour, tire sur ses insertions pariétales. Il se produit alors des douleurs fréquentes et continues, avec exacerbation, à la paroi abdominale postérieure, dans la région des première et deuxième vertèbres dorsales. De plus, souvent, ces malades, anémiés et fatigués, toussent et crachent. Et, vu leur état général, on n'est pas loin de supposer qu'ils sont atteints de tuberculose, surtout si l'on ajoute les poussées fébriles fréquentes et peu importantes qui sont en relation avec l'intoxication de l'organisme.

Voici deux observations que nous avons retenues :

Observation XIV

A... D..., domestique, 23 ans.

Antécédents : Père bien portant. Mère morte de méningite il y a 21 ans. Méningite dans l'enfance. Réglée à 12 ans; règles revenant tous les 8 ou 15 jours précédées de douleurs violentes obligeant la malade à s'aliter. A 15 ans : hématurie, durant 24 heures sans douleur, sans cause appréciable.

Depuis 5 ans, dans l'intervalle des règles, pertes jaunâtres. La malade souffre du ventre; les douleurs s'irradient dans la région lombaire. Depuis l'âge de 17 ans, elle tousse tous les hivers, durant 3 ou 4 mois.

Il y a 2 ans, grossesse et accouchement prématuré de 2 jumeaux;

suites de couches avec fièvre; elle reste sans travailler pendant quelques mois. Au 2^e mois de cette grossesse, elle avait eu une nouvelle hématurie de 24 heures, suivie de douleurs violentes au niveau du rein droit. On ne fit pas d'examen bactériologique; dans l'urine, on trouva des traces d'albumine; un œdème des membres inférieurs et des mains se développa pendant quelques jours.

En 1922, elle est opérée; appendicectomie et ovariectomie double. Après 3 mois de repos, elle reprend son travail.

Mais elle est sujette à des crises d'entérite fréquentes. En juin 1923, la malade tousse et crache (expectoration muco-purulente), fièvre oscillant entre 38° et 39° pendant un mois.

Examen : Température oscillant entre 37° et 38°3 (31 octobre 1923). Appareil respiratoire : rien à signaler.

Appareil circulatoire, rien à signaler. T. A. : 14. 9. 1.

Examen du sang : numération globulaire normale.

Examen des urines : rien à signaler.

Examen radioscopique : absolument négatif.

Constipation opiniâtre; elle reste 6 à 7 jours sans selles, puis il se produit une débâcle diarrhéique.

Cutiréaction négative à la tuberculine purifiée, positive à la tuberculine brute.

Soignée pour cette constipation, en l'espace d'un mois, elle est fortement améliorée; sa température est moins élevée, mais il subsiste encore de l'irrégularité dans les selles.

Observation XV

A... P..., 22 ans, cuisinière.

Antécédents : Jaunisse et rougeole vers 3 ans. Angine à 12 ans. S'est toujours enrhumée très facilement. Pleurésie droite à 16 ans. (Sèche. La malade a gardé le lit pendant 2 mois). Nouvelle rougeole à 17 ans. (T. : 40°). Angines fréquentes depuis.

Réglée à 15 ans; règles très douloureuses, très abondantes et très irrégulières.

Mariée à 20 ans. Jamais de grossesse. Mari bien portant.

Histoire de la maladie : Vers le mois de juillet 1923, la malade, fatiguée, s'aperçoit qu'elle a maigri. En novembre, angine et phlegmon amygdalien. Depuis petite toux sèche sans expectoration.

En janvier 1924, elle a maigri de 21 kilos depuis 8 mois. Elle a un gros rhume, avec de la fièvre et des sueurs nocturnes. Inquiète de son amaigrissement continuuel, elle vient consulter M. le Professeur Leuret.

Elat actuel : Peu de température. Pas de sueurs nocturnes.

Depuis que sa bronchite est guérie, la malade tousse très peu et ne crache pas du tout.

Pertes blanches très abondantes, continuelles, gélatineuses, ayant beaucoup augmenté depuis 2 mois.

Examen : auscultation et radioscopie : négatives.

Constipation opiniâtre.

Toucher vaginal : utérus normal. Pas de masses annexielles. Rectum bourré. Anse sigmoïde perceptible.

En résumé : fausse tuberculeuse. Gastro-intestinale et nerveuse.

Paragraphe V.

AFFECTIONS DIVERSES

Sous cette rubrique, seront rangés un certain nombre de cas, assez disparates, présentant cependant un grand intérêt par suite des erreurs de diagnostic qui peuvent résulter d'une mauvaise interprétation des symptômes.

En premier lieu, nous allons considérer les affections utéro-annexielles de la femme. Ces affections en effet occasionnent fréquemment des troubles dyspeptiques, avec vomissement et anorexie, particulièrement graves : la dyspepsie utérine se traduit habituellement par une paresse de digestion, une atonie de l'organe, avec dilatation, gastralgie, nausées. De plus on trouve assez souvent chez ces malades, en dehors de toute affection thoracique, une toux sèche, quinteuse et étouffée. Et l'on doit encore signaler comme des symptômes fréquents : les palpitations, les névralgies, surtout la névralgie intercostale.

En second lieu, nous allons envisager les lésions glandulaires, et parmi celles-ci, la maladie de Basedow et l'insuffisance pluriglandulaire de la ménopause.

La maladie de Basedow, à sa période de début, est caractérisée par un certain nombre de symptômes qui, si l'on n'examine pas de près le sujet, peuvent faire soupçonner un début de bacillose. D'ailleurs il faut remarquer que quelquefois la maladie de Basedow est associée à une tuberculose, et pour notre part, nous avons pu en observer deux cas.

Les symptômes principaux du goître exophtalmique, ceux pour lesquels le malade vient se soumettre à l'examen médical, sont la fatigue, l'amaigrissement et les crises névralgiques. Ces sujets sont inquiets de leur état, d'autant qu'ils ont remarqué qu'ils sont sujets à une instabilité thermique et à une instabilité du pouls notables. De plus, ils éprouvent souvent une dyspnée véritable, avec sensation d'étouffement et petite toux sèche, quinteuse, et même parfois des poussées de congestion et d'œdème pulmonaire. Ajoutons à cela les troubles menstruels et les transpirations profuses, et l'on a un tableau clinique se rapprochant sensiblement de la tuberculose. L'état brillant du regard, avec exophtalmie légère, que l'on trouve au début de l'évolution de la maladie de Basedow, peut ne pas différer beaucoup des yeux brillants, humides, paraissant trop grands pour le visage, que l'on observe chez certains tuberculeux. D'autre part, il ne faut pas oublier que la maladie de Basedow nous offre de très beaux exemples de formes frustes, et que c'est surtout à propos de ces formes frustes, dans lesquelles un ou plusieurs des signes cardinaux peuvent manquer, que le diagnostic devra être discuté.

Enfin, nous allons parler des insuffisances pluriglandulaires de la ménopause, dont les troubles particuliers peuvent donner à penser au sujet et même au médecin qui le soigne à la possibilité d'une tuberculose en évolution. En effet les troubles généraux, que l'on peut observer, se rapprochent beaucoup des troubles généraux signalés dans l'invasion bacillaire. Ce sont des troubles vaso-moteurs : bouffées de chaleur, sueurs profuses, algies, pouvant prendre le type de névralgies intercostales, céphalées, migraines, palpitations. Ce sont des troubles nerveux : insomnie, asthénie physique et psychique. Ce sont des troubles dyspeptiques... Et l'ensemble de ces troubles peut fréquemment simuler un état fébril tuberculeux. Il faudra, à un examen plus complet, s'apercevoir de l'erreur que l'on commet et soigner la malade en conséquence.

Nous estimons que ces cas devaient être notés et que nous devons attirer l'attention sur la possibilité d'erreurs de diagnostic, commises à ce sujet.

CONCLUSIONS

Maintenant que nous avons classé le mieux que nous avons pu les divers malades qui, durant la période d'une année se sont présentés à la consultation de phthisiologie de l'hôpital Saint-André, nous pouvons en tirer quelques conclusions.

Sur 426 malades diagnostiqués tuberculeux, 295 avaient des bacilles de Koch dans leur expectoration. On peut ajouter à ceux-ci 37 malades, qui présentaient des symptômes physiques et généraux et des signes stéthacoustiques, faisant à bon droit présumer la tuberculose, mais chez lesquels l'examen des crachats n'a pu être pratiqué.

Si l'on excepte 13 sujets, non bacillifères, dont le diagnostic est encore en suspens, il reste 81 malades qui ont pu être déclarés non bacillifères. Parmi ceux-ci on peut éliminer 14 tuberculeux non pulmonaires.

Sur les 67 autres, soit environ 16 %.

Nous distinguons :

1° 5 malades atteints d'adénopathie trachéo-bronchique;

2° 14 malades atteints de pleurésie franche, ou de pachypleurites diffuses.

3° 15 malades atteints de lésions pleurales ou cesticopleurales, à évolution insidieuse, chez lesquels les signes cliniques et radiologiques permettent un diagnostic certain;

4° 17 malades, atteints de lésions tuberculeuses avérées, chez qui on a pu noter la disparition des bacilles de Koch de l'expectoration, en même temps que la suppression des signes fonctionnels et généraux;

5° 16 malades, qui, avec des lésions nettes, n'ont pas présenté, pendant un temps assez long, de bacilles dans les crachats; on peut considérer que, chez eux, la tuberculose a d'abord été fermée, et que ce n'est que secondairement qu'elle s'est ouverte dans les voies respiratoires.

Ainsi donc, nous pouvons conclure que, dans un certain nombre de cas, une phase de tuberculose fermée a précédé la tuberculose ouverte. Cette phase, plus ou moins longue dépend de l'activité propre de la lésion et du siège des granulations qui, interstitielles au début, peuvent mettre plus ou moins de temps à communiquer avec les bronches.

Le diagnostic de tuberculose fermée ne peut être fait, qu'après un examen complet et minutieux; car, ainsi que le prouve notre statistique, de nombreuses maladies peuvent réaliser un syndrome la simulant, puisque plus de 200 malades, atteints d'affections diverses, sont venus nous consulter, envoyés parfois par des cliniciens avertis.

Vu :

Le Doyen,
C. SIGALAS.

Vu : bon à imprimer

Le Président de la Thèse,
R. CRUCHET.

Vu et permis d'imprimer
Bordeaux, le 8 décembre 1924.

Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS

BIBLIOGRAPHIE

- Aboulker (Henri).** — Fausses affections pulmonaires d'origine bucconasal-pharyngienne. *Le Monde médical*, n° 594, 1^{er} janvier 1922.
- Ameuille (P.).** — Nécessité d'examens bactérioscopiques et radiologiques systématiques pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire. *Paris médical* 1920, p. 28-33.
- Arnozan.** — Premiers résultats de l'enquête sur le nombre des tuberculeux de Bordeaux qui auraient besoin d'être hospitalisés. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1919.
- Beauchant.** — Statistique des malades observés dans un hôpital se triage pour tuberculeux. *Presse médicale*, 21 mai 1917.
- Bernard (Léon).** — La Tuberculose pulmonaire. Paris, Masson, 1921.
— Conception actuelle de la tuberculose pulmonaire. *Presse médicale*, 18 avril 1914.
- Bezançon (F.).** — La valeur séméiologique des signes dits de début de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. *Journal médical français*, 1913.
— La valeur de l'auscultation pour le dépistage précoce de la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte. *Revue de la Tuberculose*, 1920.
- Bolnet.** — Formes cliniques de la tuberculose pulmonaire. *Marseille médical*, 1919.
- Burnand (R.).** — Le diagnostic clinique et pratique de la tuberculose pulmonaire débutante. *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1916.
— Tuberculose latente. Les états bacillaires chroniques. *Revue de la tuberculose* 1921.

- Castaigne (J.).** — Les faux tuberculeux. *La Clinique* 1908, p. 808.
- et **Paillard (H.).** — La tuberculose. Méthodes générales de diagnostic et de thérapeutique. Paris Poinat 1920.
- Collet.** — Précis des maladies de l'appareil respiratoire, 1914.
- Congrès International de la Tuberculose. (Paris 2-7 octobre 1905). Paris, 1905.
- Coulard.** — Ceux qui vivent avec leur tuberculose. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1919.
- Courcoux (A.).** et **Labesse (P.).** — Fréquence de la tuberculose pulmonaire sénile. *Revue de la Tuberculose*, 1921.
- Davezac.** — La mortalité par tuberculose dans la ville de Bordeaux. *Journal de médecine de Bordeaux* 1918.
- Degouy (R.).** — Les symptômes et le diagnostic de la tuberculose pulmonaire dans sa période de début (chez l'adulte). *Thèse de Paris* 1918-1919.
- Dumarest (F.).** — Sur le diagnostic bactériologique de la tuberculose pulmonaire. *Presse médicale*, 5 juin 1918.
- et **Marotte (H.).** — Les bronchites tuberculeuses. *Revue de la Tuberculose*, 1920.
- Fleury (M. de).** — Fausses tuberculoses de nature psychopathique. *Bulletin médical*, 13 novembre 1920.
- Gallieur (E.).** — Recherches statistiques sur les tuberculeux soignés au dispensaire Léon Bourgeois. *Thèse de Paris*, 1913-1914.
- Grancher.** — Première étape de la tuberculose pulmonaire. Diagnostic précoce par l'auscultation. *Congrès de la Tuberculose*, 1905, tome II, p. 261.
- Jacquemin et Dubreuil.** — Tuberculeux simulateurs et faux tuberculeux. *Bulletin médical*, janvier 1920.
- Kindberg (Léon).** — Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte. *Bulletin médical*, 23 octobre 1920.
- Kohn-Enriquez.** — Les pseudo-tuberculoses d'origine naso-pharyngienne. *Thèse de Paris* 1918-1919.
- Letulle (M.).** — La tuberculose pleuro-pulmonaire. Paris Maloine, 1916.
- Mantoux.** — Tuberculose pulmonaire ouverte et tuberculose fermée. *Presse médicale*, 11 novembre 1918.

- Marotte (H.).** — Les bronchites tuberculeuses. *Thèse de Lyon* 1918-1919.
- Ménard.** — Statistique de tuberculose. *Annales de médecine*. Paris 1919, p. 223.
- Merklen (P.).** — Tuberculose incipiente Diagnostic de nature et d'évolution. *Paris médical*, 3 janvier 1918.
- Piéry.** — La tuberculose pulmonaire. Séméiologie, formes cliniques, diagnostic et pronostic. Paris, Doin, 1910.
- Les localisations scissurales de la tuberculose pulmonaire et leur valeur séméiologique. *Presse médicale* 1919, p. 95-101.
- Pissavy et Sérane.** — Etude sur la valeur des modifications de la sonorité et de l'intensité du murmure vésiculaire aux sommets des poumons pour le diagnostic de la tuberculose. *Bulletin et mémoires de la Société des Hôpitaux de Paris*, 30 mars 1917.
- Poncet (A.). et Leriche (R.).** — Le rhumatisme tuberculeux. Paris, Doin 1909.
- La tuberculose inflammatoire. Paris, Doin, 1912.
- Rénon.** — Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire chronique *Monde médical*, 15 février 1920.
- Ribadeau-Dumas.** — Conformation des sommets et tuberculose Pulmonaire. *Bulletin et mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1916.
- Tuberculose pleuro-pulmonaire de l'enfance. *Progrès médical*, 1919.
- Signes radiologiques de la tuberculose pulmonaire. *Progrès médical*, 1919.
- Richet (Ch.). (fils).** — La tuberculose pulmonaire évolutive, dite fermée, existe-t-elle? *Presse médicale*, 6 septembre 1917.
- Rist (E.).** — Les principes du diagnostic rationnel de la tuberculose pulmonaire. *Presse médicale*, 13 juillet 1916.
- Le diagnostic différentiel de la tuberculose pulmonaire, et les affections chroniques des fosses nasales. *Presse médicale*, 24 juillet 1916.
- La différenciation clinique de la tuberculose pulmonaire d'avec les autres affections des voies respiratoires. *Revue de la Tuberculose*, avril 1923.

Rist (E.) et Ameuille (P.). — Tuberculoses fermées et tuberculoses ouvertes. Rapport présenté au Ve Congrès français de la Tuberculose (Strasbourg, juin 1923). *Revue de la tuberculose*, 1923.

Schoull. — Les fausses tuberculoses d'origine appendiculaire. *Paris médical*, 1918.

Sergent (E.). — Ce qu'il faut entendre par pré-tuberculose, *Journal médical français*, 15 août 1913.

— Tendance de l'esprit médical actuel à étendre exagérément le domaine de la tuberculose, critique des méthodes de diagnostic de la tuberculose. *Monde médical*, 25 juillet 1914.

— Histoire suggestive de quelques faux tuberculeux; diagnostic différentiel de la tuberculose pulmonaire et des affections de voies respiratoires supérieures. *Journal des Praticiens*, 1916.

— Les signes de la pleurite du sommet et leur valeur dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire de l'adulte, l'adénite et la lymphangite nodulaire sus-claviculaires. *Presse médicale*, 1916.

— Les suspects de tuberculose. *Paris médical*, 7 avril 1917.

— Les étapes du diagnostic pratique de la tuberculose pulmonaire. *Monde médical*, novembre 1917.

— Etudes cliniques sur la tuberculose (1908-1918). Paris, Maloine, 1918.

— La tuberculose pulmonaire de l'adulte. Les éléments du diagnostic étudiés en général. *Progrès médical* 1919.

— L'insuffisance respiratoire des sommets et le diagnostic de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte. *Bulletin médical*, Paris 1920,

— Le diagnostic précoce de la tuberculose et son importance au point de vue social. *Progrès médical*, 1919.

— Technique clinique médicale et Séméiologie élémentaires. Paris, Maloine, 4^e édition 1920.

— Le diagnostic clinique des cortico-pleurites tuberculeuses. *Revue générale de clinique et de thérapeutique* 1920.

— Syndrome de Basedow et tuberculose. *Paris médical*, 1920.

— Etudes cliniques et radiologiques sur les maladies de l'appareil respiratoire. Paris, Maloine 1922.

— Les grands syndromes respiratoires. Paris, Doin, 1924.

— et **Delamarre.** — Statistique du centre de triage. La Charité, le

Vésinet. *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, 10 septembre 1918.

— , **Babonneix et Ribadeau-Dumas**. — *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*. Tomes XVII et XVIII. Paris, Maloine, 1921.

Tilmant (A.). — A propos du diagnostic de la tuberculose pulmonaire. *Progrès médical*, 1919.
